FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1963 No 34

THESE

PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

GLATH Colette, Anne

Née à HAGUENAU (Bas-Rhin)

le 6 mai 1937

LES ACCIDENTS DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président: Mr A.-J. CHAUMONT, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1963 *No 34*

THESE

PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

GLATH Colette, Anne

Née à HAGUENAU (Bas-Rhin)

le 6 mai 1937

R. UNIV. BIBLIOTHEK LEIPZIG

LES ACCIDENTS DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président: Mr A.-J. CHAUMONT, Professeur

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E S T R A S B O U R G

	MM.
Doyen	FONTAINE
Doyen honoraire	CALLOT
Assesseur	CALLOT

- Professeurs Titulaires -

Anatomie	MEYER
Anatomie Pathologique	N...
Biologie Médicale	KLEIN
Chimie Biologique	MANDEL
Embryologie	CLAVERT
Histologie	ARON M.
Histologie	ARON Cl.
Hématologie	WAITZ
Hygiène et Bactériologie	TULASNE
Médecine Légale et Médecine Sociale	CHAUMONT
Parasitologie et Médecine Tropicale	CALLOT
Pharmacologie et Médecine Expérimentale	SCHMID
Physiologie	KAYSER
Physiologie Appliquée	METZ
Physique Biologique	CHEVALLIER
Clinique Chirurgicale A	FONTAINE
Clinique Chirurgicale B	WEISS
Clinique Médicale A	WARTER
Clinique Médicale B	STAHL
Clinique Dermatologique	WORINGER
Clinique de Pédiatrie et Puériculture	SACREZ
Clinique Neurologique	THIEBAUT
Pathologie Nerveuse et Electroencéphalographie	ROHMER
Clinique Gynécologique et d'Accouchement	BURGER
Clinique Ophtalmologique	NORDMANN
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	GREINER
Chaire de Clinique de Pneumo-Phtisiologie	OUDET
Clinique Psychiatrique	KAMMERER
Pathologie Chirurgicale	JUNG
Chaire de Thérapeutique	METZGER
Chaire d'Electro-Radiologie	GROS
Pathologie Expérimentale	STEPHAN
Stomatologie	VEDRINE
Hydrologie	N....

- Professeurs sans chaire -

Anatomie	WINCKLER
Anatomie Pathologique	LE GAL
Hématologie	MAYER G.
Histologie	MARESCAUX
Hygiène et Bactériologie	MINCK

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

MM. APROSIO
BATZENSCHLAGER
CHAMBON
CHAMBRON
MM. GRENIER
KARLI
KIRN
KORITKE
MM. LAVILLAUREIX
SCHAFF
WEILL J.D.

- A G R E G E S -

MM. BOCKEL
BOLLACK
BRONNER
BURGHARD
CHAMPY
DORNER
FRANK
GANDAR
MM. HOLLENDER
ISRAEL
JAHN
JUIF
KIENY
KLOTZ
LEVY J.M.
MM. MANTZ
MARCOUX
MULLER J.N.
MULLER P.
SIBILLY
SCHWARTZ
WEILL J.P.
WITZ

- AGREGES LIBRES -

MM. BEYER, BUCK, FORSTER, KUHLMANN D., KUNTZMANN, VOEGTLIN.

- Directeur de l'Institut Dentaire -

M. VEDRINE

- CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE -

MM. MATHIS, Mme MAYER S., MEHL J., MOISE, MUGLER A., SINGER, TISSIER

- PROFESSEURS HONORAIRES -

MM. BARRE
BENOIT
HANNS
MM. KELLER
REDSLOB
ROHMER
MM. ROEDERER
VAUCHER
VINTEMBERGER

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A mes parents

auxquels je dois tant. Qu'ils veuillent trouver dans ce modeste travail un témoignage d'amour filial et de reconnaissance pour leur dévouement et grande bonté.

A mes amis.

A la mémoire de notre Maître

le Professeur C. SIMONIN

(1891 - 1961)

A notre Maître

le Professeur R. FONTAINE

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre non résident de l'Académie de Chirurgie

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

qui nous a accordé la précieuse faveur de nous admettre dans son service et nous a fait le grand honneur de siéger à notre Jury de Thèse.

Il nous a montré par son éclatant exemple que la Chirurgie demeure la discipline de la connaissance.- Sa bienveillante compréhension nous a été un constant réconfort.

Qu'il veuille bien recevoir le témoignage de notre vive gratitude et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur A.-J. CHAUMONT

Directeur de l'Institut de Médecine Légale et de

Médecine Sociale

Médecin-Expert près les Tribunaux

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous avons eu l'occasion de passer dans l'Institut qu'il dirige, des heures enrichissantes et nous le prions d'accepter l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé R. KIENY

Chirurgien des Hôpitaux

qui nous a montré l'exemple et l'amour du travail.

Nous avons été très sensible à l'honneur qu'il nous a fait en siégeant dans notre Jury, et nous tenons à lui exprimer notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé F. MARCOUX

Médecin-Expert près les Tribunaux

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé tout au long de son élaboration dans les difficiles arcanes du Droit Médical.

Il nous a appris à aimer la Médecine Légale, discipline passionnante et bienfaisante.

Nous lui dédions ce travail en reconnaissance du précieux concours qu'il nous a toujours apporté et en témoignage d'affectueux respect.

A mes amis de la Clinique Chirurgicale A et

de l'Institut de Médecine Légale.

- I N T R O D U C T I O N -

Tout acte médical portant modification à l'intégrité physique ou physiologique du malade crée un risque.

L'aggravation de ce risque peut avoir pour résultat la réalisation d'un dommage physique, voire la mort du malade.

L'aggravation du risque peut se traduire par la survenue d'un événement fortuit ordinairement inattendu et fâcheux, ce qui est la définition même de "l'accident".

En effet, il importe de distinguer l'„accident" au sens juridique, de l'„accident" au sens médical du terme.

Pour le médecin : l'accident est un symptôme qui se présente dans le cours d'une maladie, et est indépendant de la cause de cette maladie.

Pour le juriste: l'accident ne trouve pas son origine dans un épiphénomène pathologique, mais il se traduit par la survenue brutale d'un événement fortuit qui va bouleverser l'exécution et les conséquences de l'acte médical.

Les accidents de l'anesthésie générale surviendront, soit par un défaut de l'acte médical, dont le caractère fautif engagera la responsabilité de son auteur, soit par une aggravation imprévue et non fautive du risque anesthésique, soit par l'intervention de la "force majeure", notions que nous serons amenés à préciser.

En fait "on ne peut pas plus garantir l'inocuité d'une anesthésie qu'une compagnie de chemin de fer ne peut garantir l'absence d'accidents en cours de route. Et pourtant l'on prend le train sans trop d'appréhension". (L. IMBERT).

Mais d'ores et déjà et depuis fort longtemps des poursuites judiciaires ont été engagées à l'encontre des médecins pratiquant des anesthésies générales.

Certes, les décisions de justice demeurent rares en la matière, mais leur connaissance permet de préciser les critères de la responsabilité professionnelle.

Tout acte médical défectueux, s'il est fautif, engage la responsabilité de son auteur, sous réserve que soit remplie la triple condition d'existence :

- d'un dommage,
- d'une faute,
- d'une relation de cause à effet.

Le présent travail se propose d'étudier :

- le problème médical ; c'est-à-dire le dommage physique dû à l'aggravation du risque anesthésique;

- le problème juridique : c'est-à-dire la faute professionnelle, où nous rapporterons toutes les décisions de la jurisprudence française depuis 1852, afin d'en tirer l'enseignement qui s'en dégage;

- le problème médico-légal : c'est-à-dire la relation de cause à effet entre le dommage et la faute professionnelle engageant la responsabilité de l'anesthésiste; ce sera l'examen des modalités et des résultats de l'expertise médico-légale.

- Chapitre I -

L E P R O B L E M E M E D I C A L :

LE DOMMAGE CORPOREL

"Science, sans conscience,
n'est que ruine de l'âme"

RABELAIS.

Plan du 1er chapitre

LE PROBLEME MEDICAL : LE DOMMAGE CORPOREL

I.- RISQUE ANESTHESIQUE ET RISQUE OPERATOIRE

- Définition
- Composantes du risque opératoire :
  - . risque chirurgical;
  - . risque pathologique dû à l'état du malade;
  - . cas de force majeure;
- Conséquence du risque : le dommage corporel.

II.- LE DOMMAGE DU AU RISQUE PHYSIOPATHOLOGIQUE

A.- Mortalité opératoire

- nature et fréquence

B.- Causes des décès opératoires :

1°) - Indications opportunes mais défavorables;
2°) - Erreur de diagnostic;
3°) - Erreur de technique chirurgicale;
4°) - Durée de l'intervention;
5°) - Nature de l'intervention.

C.- Mortalité selon l'état du malade :

1°) - Age
2°) - Gravité de l'affection chirurgicale;
3°) - Associations ou complications morbides;
4°) - Nature du malade : "le terrain";
5°) - Etat pathologique antérieur;
6°) - Les états d'urgence;

/....

III.- LE DOMMAGE DU AU RISQUE ANESTHESIQUE

- Dommage physique partiel;
- Mort du patient.

A.- Dommage physique partiel :

1°) - Injections médicamenteuses :

- barbituriques;
- hydroxydione;

2°) - Positions vicieuses :

- paralysies;
- escarres ischémiques;

B.- La mort anesthésique :

1°) - Surdosage; toxicité;

2°) - Mauvaise indication;

3°) - Asphyxie :

- appareillage;
- obstruction des voies respiratoires

4°) - Réflexes :

- spasme laryngé;
- spasme bronchique;
- collapsus trachéal.

5°) - Accident technique :

- explosion
- embolie gazeuse.

IV.- LE CAS DE FORCE MAJEURE :
MORT IMPREVISIBLE ET MORT INEXPLICABLE

- embolie pulmonaire
- occlusion coronarienne
- atélectasie pulmonaire.

V.- PATHOLOGIE IATROGENE - PATHOLOGIE INSOLITE.

LE DOMMAGE CORPOREL

I.- RISQUE ANESTHESIQUE ET RISQUE OPERATOIRE :

Le risque anesthésique peut être défini comme l'ensemble des dangers susceptibles de menacer le patient qui doit subir une intervention chirurgicale, risque susceptible de créer un dommage corporel.

Ce risque, qui est l'exposition du malade à un danger ou à un inconvénient toujours possible, ne serait-ce que par la réalisation d'un événement dû à la force majeure qui anéantit le résultat heureux que l'on est en droit d'attendre d'un acte médical normal, est dû à des facteurs multiples.

Comme l'a écrit VILLE DE GOYET : "il relève de l'état physique du patient, de la complexité du risque opératoire global, des besoins spéciaux de chaque chirurgien et de la nécessité constante de prévoir, de diagnostiquer et d'agir utilement pour le malade inconscient. Les différences larges de réaction aux produits anesthésiques ou aux techniques constituent un combat constant pour l'anesthésiologiste. L'habileté doit être combinée aux connaissances scientifiques et à l'expérience clinique, conditions essentielles du succès."

Le risque anesthésique est fonction des conditions mêmes dans lesquelles doit se dérouler l'intervention chirurgicale. Ces conditions sont déterminées par 3 composantes :

- le risque chirurgical,
- le risque dû à l'état connu et apprécié du malade;
- le risque de complications pathologiques ou de mort anesthésique.

Ces conditions essentiellement variables, et labiles souvent en cours d'intervention, peuvent être l'un ou l'autre le facteur "décisif" ou "contributif" du dommage, lorsque le dommage ne provient pas d'un cas de force majeure, c'est-à-dire d'un événement soudain dont les causes et les conséquences brutales et imprévisibles n'ont aucun rapport explicable avec l'opération qui est en train de se dérouler.

Ce cas de force majeure, où ne peut être retenue la responsabilité médicale, est lié en matière d'anesthésie à l'état latent du malade.

Au point de vue médico-légal, le risque anesthésique, qui peut aboutir à un effet unique : la création d'un dommage physique, revêt en réalité deux aspects différents dans leur cause, comme dans leur conséquence :

- l'un d'ordre PHYSIOPATHOLOGIQUE, dont la nature est inhérente à l'ensemble des conditions de l'acte opératoire parfaitement justifié, et dont les conséquences sont médicalement IMPREVISIBLES, est juridiquement EXCUSABLE;

- l'autre, trouvant son origine exclusive dans l'ACTE MEDICAL, dans le défaut de l'anesthésie, donc médicalement EVITABLE, est juridiquement FAUTIF.

Il est souvent malaisé, et nous le verrons en étudiant l'expertise médico-légale, de faire scientifiquement la part des choses, et de dissocier la cause physiopathologique de l'acte

anesthésique anormal, celui-ci aggravant celle-là, et jouant le rôle de facteur adjuvant, au lieu de facteur déterminant, primitif.

Nous relaterons brièvement le dommage dû au risque physiopathologique avant d'étudier le dommage lié à l'anesthésie générale, pour terminer par une rapide illustration du cas de "force majeure".

II.- LE DOMMAGE DU AU RISQUE PHYSIOPATHOLOGIQUE

Le dommage corporel consistant essentiellement en mort opératoire est dû au risque chirurgical, ou à l'état du malade.

A.- MORTALITE OPERATOIRE

Selon les nombreuses études statistiques publiées, le taux général de mortalité opératoire se situerait, pour ces dernières années, aux alentours de 1 %, et la mortalité anesthésique environ à 0,5 o/oo.

B.- CAUSES DES DECES OPERATOIRES

1°) - Indication opportune, mais défavorable : urgences, malades opérés in extrémis;

2°) - Erreur de diagnostic : ex. diagnostic de tumeur du rein chez un malade atteint de phéochromocytome; mort à l'induction par crise hypertensive, avec oedème aigu du poumon;

3°) - Erreur de technique chirurgicale : ex. : rupture d'un angiome thoracique dans une bronche;

4°) - Durée de l'intervention : mortalité accrue de 6 à 8 hres d'intervention chez l'adulte et au-delà de 4 heures chez le vieillard et l'enfant;

5°) - Nature de l'intervention : risque croissant en fonction de l'action traumatisante de l'intervention et de la fragilité des organes : chirurgie orthopédique majeure, thoracique, intracranienne.

C.- MORTALITE SELON L'ETAT DU MALADE

où le facteur chirurgical et anesthésique se confondent :

1°) - Age : l'incidence de l'âge sur le risque opératoire apparaît de façon croissante surtout à partir de 60 ans;

2°) - Gravité de l'affection chirurgicale :

où le pronostic est aggravé lors d'affections cancéreuses, traumatismes importants, phénomènes occlusifs;

3°) - Association ou complications morbides préexistantes ignorées :

p. ex. : mort par insuffisance surrénalienne aiguë chez un sujet dont les deux surrénales étaient envahies par des métastases cancéreuses;

4°) - Nature du malade : "le terrain" :

L'enfant : très sensible, ne tolérant qu'une très faible spoliation globulaire et liquidienne nécessitant une préparation et une surveillance métabolique constante;

la femme enceinte : toujours dans un état "vagal" prédisposant aux spasmes et aux vomissements;

le vieillard : chez lequel il faut corriger les déficits sanguins et métaboliques de toute nature;

5°) - les états pathologiques antérieurs :

et parmi eux les cardiaques et surtout les coronariens susceptibles de toutes les complications;

6°) - Les états d'urgence :

aggravés par les antécédents méconnus, ou les intoxications (éthylisme),

III.- LE DOMMAGE DU AU RISQUE ANESTHESIQUE

L'aggravation, médicalement évitable, du risque anesthésique peut aboutir à deux sortes de dommage physique :

1°) - le dommage corporel localisé :

physique et partiel, accident d'injection mal faite, ou de position vicieuse du malade;

2°) - La mort :

due à l'anoxie par complication de causes multiples, ou à un vice de technique (traumatisme par explosion) ou encore à l'incompatibilité du patient avec la technique d'anesthésie choisie et mise en oeuvre;

A.- LE DOMMAGE PHYSIQUE PARTIEL :

résulte de la pratique d'injections intraveineuses mal faites, ou d'une mauvaise posture initiale du sujet sur la table;

1°) - Injections médicamenteuses :

survenant par suite d'injection de barbituriques ou d'hydroxydione, périveineuses et surtout intra-artérielles;

- barbituriques :

le pentothal entraînant des accidents de nécrose musculaire ischémique, soit des accidents gangrèneux par thrombose massive immédiate de l'artère lésée, se soldant une fois sur deux par l'amputation; malgré les infiltrations stellaires effectuées.

- hydroxydione :

donnant également des gangrènes dans 50 % des cas, et des atrophies musculaires dans 20 % des cas (SCHWARZKOPF).

2°) - Positions vicieuses :

aboutissant à la compression, ou à l'élongation d'un nerf ou d'un tronc nerveux; ou à une ischémie localisée

- lésions du plexus brachial :
  pouvant entraîner une paralysie haute de l'épaule et du biceps;
  ou basse :
  atteignant les muscles de la main.

- paralysie radiale ou poplité externe
  par compression de ces nerfs entre la table et le plan osseux;

- paralysie du médian :
  peu fréquente et (faisant suite surtout à une injection extravasculaire de barbiturique au pli du coude, dont il faudra discuter l'existence);
  elle se traduit par la perte de la pronation.

Le pronostic n'est pas toujours aussi favorable qu'on le pense, et les paralysies ne régressant pas au bout de quelques mois posent des problèmes médico-légaux sérieux);

- escarre de la pommette, trouble ischémique exceptionnel de l'hypotension induite.

B.- LA MORT PAR ANESTHESIE

selon la cause, elle peut survenir par

- surdosage et toxicité
- mauvaise indication
- asphyxie
- réflexe
- accident technique.

1°) - Surdosage, toxicité :

dû à une posologie erronée de drogues, ou à une teneur excessive de gaz anesthésique en circuit, à un défaut d'épuration du circuit, tous facteur d'anoxie, ou à une incompatibilité des anesthésiques entre eux avec leurs adjuvants (ex. incompatibilité Fluothane-adrénaline; et Fluothane-curare).

2°) - Mauvaise indication :

dû à l'emploi d'une méthode contr'indiquée vis-à-vis du patient à anesthésier : ex. myorésolution par curarisation chez les sujets présentant des difficultés à l'insufflation pulmonaire; ou d'une méthode demandant une grande expérience, telle l'hypotension induite.

3°) - Asphyxie :

telle est la conséquence médico-légale du risque majeur planant sur toute anesthésie : l'ANOXIE.
Les causes en sont multiples, elles doivent être prévisibles, mais constituent la plupart des accidents d'origine mécanique dû à l'appareillage, à l'obstruction des voies respiratoires.

a) - Appareillage

Un matériel qui n'est pas vérifié peut entraîner de lourdes conséquences.

- soupapes bloquées

d'un collapsus pulmonaire irréversible produit à la suite d'un blocage de la soupape d'aspiration; le malade a présenté une importante dyspnée inspiratoire à laquelle l'anesthésiologiste n'a pas su assez rapidement rattacher la cause (AMIOT).

- obus d'oxygène vide

mort par anoxie aiguë d'un garçon de 17 ans victime d'une grave contusion thoraco-abdominale. L'opération se déroule sans incidents, pouls et T.A. restent satisfaisants. L'hémostase se fait normalement. Au moment de réinsuffler le poumon, l'obus d'oxygène est soudainement vide. Le temps de le remplacer, les deux poumons sont collabés, coma et mort dans les 48 heures (LEBRIGAND).

- oubli d'une pièce essentielle

oubli d'un masque au cours d'une anesthésie itinérante ayant abouti à l'asphyxie d'un homme de 27 ans, opéré pour hernie inguinale et mort en apnée sous curare, ne pouvant être secouru par défaut de masque.

- erreur de connexion

administration de gaz carbonique ou de protoxyde d'azote au lieu d'oxygène.

b) - Obstruction des voies respiratoires

- mort par intubation de l'oesophage
- mort par sonde de Carlens mise en place à droite au cours d'une pneumectomie droite

- mort par inhalation bronchique de vomitus :

La mort est due à l'anoxie, soit par obstruction de la trachée par une quantité très importante de vomissements, soit par un spasme de glotte réflexe dû à une très petite quantité de vomissements, soit à des effets tardifs : broncho-pneumonie d'aspiration - atélectasie - abcès pulmonaire.

Pour qu'il se produise, le vomissement nécessite :

- un estomac en état de réplétion
  - occlusion intestinale - iléus
  - hypertension gastrique
    femme enceinte
    hémorragie ulcéreuse, néoplasique
  - évacuation stomacale retardée
    sténose du pylore
    distension abdominale par tumeurs - grossesse

- une stimulation des centres du vomissement, soit par l'anoxie, soit par les agents anesthésiques
- un estomac relâché avec béance du cardia (pentothal - curare).

Ces conditions favorables aux vomissements peuvent être toutes supprimées et avant chaque intervention l'anesthésiologiste devra s'assurer de la vacuité digestive.

- mort par inondation trachéale :

brusque afflux de sécrétions pulmonaires chez les malades atteints de collections pleuro-pulmonaires ou de dilatations bronchiques justiciables d'un drainage de posture et d'une broncho-aspiration;

hypersécrétion possible jusqu'au début du 3ème stade de l'anesthésie, évitable par la prémédication, mais toujours possible chez les enfants et les vagotoniques;

- chute de la langue en arrière :

fréquente, redoutable, pouvant se produire au début du 3ème stade, provoquant des syncopes mortelles, et pour lesquelles il faut pratiquer la subluxation du maxillaire et l'intubation intratrachéale;

- mort par obstruction mécanique :

ou il s'agit de corps étrangers (exemples: dents arrachées et aspirées; migration d'ascaris chez l'enfant), soit par accident du tube endotrachéal, ex. :

FORRESTIER 1959, décrit un curieux accident consistant

dans la hernie du ballonnet d'un tube endotrachéal, obstruant le biseau de la sonde trachéale ou même pénétrant à l'intérieur du tube lui-même. Dans tous les cas, le libre passage des voies aériennes n'est plus assuré.

PRYER, 1960, rapporte un cas semblable qui, malheureusement, s'est traduit par la mort en asphyxie du malade. Pour des raisons difficiles à déterminer, la baudruche s'est laissée distendre inégalement une fois introduite dans la trachée et la hernie ainsi constituée a poussé l'orifice oblique du tube contre la paroi trachéale.

Dans le même ordre d'accident, on peut inclure l'obstruction de l'air way possible en cas de déviation trachéale provoquant alors un phénomène de soupape sur le biseau du tube - ou encore plus simplement l'intubation bronchique.

Dégonfler le ballonnet, manipuler le tube trachéal sont des gestes simples à accomplir pour rétablir la libre circulation des voies respiratoires et éviter le décès.

4°) - Réflexes :

- spasme laryngé :

dont l'éventualité n'est écartée qu'à la fin du 3ème stade, et qui peut être provoqué par des stimuli locaux (salivation, vomissements, chute de la langue, pose prématurée d'un tube de Mayo très long et irritant etc...), soit par des stimuli à distance (traction viscérale, dilatation anale etc...).

- spasme bronchique :

par intubation en anesthésie légère, curarisation primitive, distension de l'estomac (provoquée par une insufflation manuelle excessive) ou par la position latérale du malade.

- collapsus trachéal :

consécutif à l'extubation, redoutable lorsqu'il intéresse la partie basse de la trachée rendant la trachéotomie inefficace (compression de la trachée par un goître plongeant ayant lésé les cartilages).

- oedème glottique :

observé après extubation chez l'enfant, et justiciable de la trachéotomie.

5°) - Mort par accident technique :

- explosion du circuit anesthésique :

dont la fréquence en France est heureusement minime (1 sur un million) et résultant de défaut d'observation des règlements actuellement bien connus.

Les conséquences d'une explosion anesthésique sont toujours dramatiques pour le patient : plus souvent dislocation de la trachée et des bronches provoquées par les brusques écarts de pression. L'issue est très souvent fatale.

- embolie gazeuse :

trouvant son origine dans des perfusions ou transfusions sous pression, évitable par l'emploi de récipients hermétiques en matière plastique, comprimés manuellement sans aucun risque d'entrée d'air dans le système. - Les premiers signes cliniques sont respiratoires - toux, polypnée intense avec respiration en soufflet de forge. - Les signes cardio-vasculaires semblent plus tardifs - bruit de rouet classique et pathognomonique ou bruit "du moulin à eau" perçu à l'auscultation cardiaque. Collapsus tensionnel par encombrement de la petite circulation.

IV.- LE CAS DE FORCE MAJEURE :

MORT IMPREVISIBLE ET MORT INEXPLICABLE

Au risque physiopathologique, dont les conséquences imprévisibles sont explicables et excusables, il faut ajouter le cas de force majeure, cas où la cause du décès est imprévisible, dû à l'apparition brutale, dramatique d'un phénomène pathologique qui peut rester inexpliqué :

- embolie pulmonaire
- occlusion coronarienne
- atélectasie pulmonaire.

1°) - Embolie pulmonaire :

Elle peut survenir en l'absence de tout phénomène pathologique antérieur et l'autopsie la plus méticuleuse ne peut mettre en évidence son origine.

2°) - Occlusion coronarienne :

réflexe, par spasme, alors que l'électrocardiogramme préopératoire était normal.

3°) - Atélectasie pulmonaire :

observée en dépit d'une technique chirurgicale et anesthésique parfaite, illustré par un cas de LECLERC : malade de 58 ans, admise pour une thrombophlébite du mollet droit rapidement extensive et nécessitant une ligature de la veine fémorale. La narcose se déroule sans incident. La T.A. et le pouls restent satisfaisants. En fin d'intervention, la T.A. tombe à 10 pour la maxima. L'attention est attirée soudain par un mouvement respiratoire brusque et saccadé en même temps que s'installe brusquement une cyanose intense. Pouls et T.A. sont imprenables. Décès malgré une réanimation entreprise immédiatement.

Devant la brutalité de cet exitus on pense à une embolie pulmonaire ayant causé la fibrillation ventriculaire par anoxie aiguë.

L'autopsie ne révèle aucune trace d'embol, mais une atélectasie massive du poumon gauche et du lobe inférieur droit. Les bronches et les voies aériennes supérieures sont parfaitement libres, pas de mucus ou de matières inhalées. Les mensurations du tube trachéal et de la trachée excluent la possibilité d'une intubation bronchique.

De trop nombreux cas similaires ont été signalés (PALLIN, KING BALL; BERGAMINI).

Comment expliquer cette atélectasie?

Il s'agit d'atélectasie sine materia. De nombreuses hypothèses ont été formulées. L'ensemble des travaux semble arriver à la même conclusion à savoir que ces atélectasies pulmonaires massives sont dues à une excitation vagale réflexe ou à une irritation d'un territoire parasympathique augmentant le tonus musculaire des fibres bronchioliques. Pour XALABARDER les fibres musculaires excitées seraient alvéolaires.

Le déséquilibre neuro-végétatif sous anesthésie se fait dans le sens vagotonique : sous rachi-anesthésie par suite de la mise au repos du système sympathique, sous anesthésie générale par l'effet de drogues parasympathicotoniques, barbituriques et cyclopropane. Les voies respiratoires à innervation parasympathique ne manquent pas d'être irritées par l'intubation trachéale et les gaz anesthésiques. Enfin le tiraillement des mesos, l'incision du péritoine se répercutent sur un territoire innervé par la parasympathique.

L'atélectasie pulmonaire, inexplicable, demeure le meilleur exemple médico-légal du cas de force majeure.

V.- PATHOLOGIE IATROGENE - PATHOLOGIE INSOLITE

Des lésions résultant d'affections rares, latentes et à ce titre peu connues et insolites, exposent à des réactions inattendues à l'administration d'agents anesthésiques (J. BAUMANN).

CARDIOVASCULAIRES

- collapsus par insuffisance surrénale induite par les corticoïdes :

Il faut considérer qu'en dehors des grandes variations individuelles l'inactivité corticosurrénale peut se prolonger de plusieurs semaines à plusieurs mois après l'arrêt du traitement, et que le collapsus par insuffisance surrénale aiguë peut survenir même à l'occasion d'une opération mineure.

Pour se mettre à l'abri de collapsus circulatoire, il faut donc :

- ne jamais arrêter un traitement cortisoné en cours pendant la période opératoire et post-opératoire, mais augmenter les doses;

- reprendre le traitement par les corticostéroïdes chez les malades traités de façon prolongée dans les 12 à 18 mois précédents et non recourir à l'A.C.T.H.;

- dysrégulations tensionnelles des tranquillisants :

- les réserpiniques : ont une double action :
centrale, pouvant couper le relai des réflexes vasopresseurs du réflexe sinocarotidien, périphérique : aboutissant à une véritable sympathectomie médicamenteuse.

- Pour se mettre à l'abri des chutes tensionnelles sévères et prolongées, il faut interrompre l'administration de réserpine 15 jours avant la date de l'opération; ou surveiller la tension artérielle qui sera corrigée par la noradrénaline, l'opération s'effectuant dans un plan aussi léger que possible;

- Les neuro- et psycholeptiques :
la chlorpromazine, qui peut provoquer des effets circulatoires aboutissant à une hypotension grave.

- Syncope cardiaque :

dû à la digitalinisation antérieure du sujet, chez lequel est effectué un apport massif peropératoire de calcium (transfusion citratés) et aboutissant à la fibrillation.

RESPIRATOIRES

- Antibiotiques :

effets curarisants de la néomycine et de la kanamycine déposées intrapéritonéalement et par voie intrapleurale lors d'anesthésies à l'éther (traitement par prostigmine, tensilon, gluconate de calcium);

- Antiparkinsoniens :

dépressions et apnée opératoires possibles par synergisme entre les antiparkinsoniens et les thiobarbituriques;

- Sanguins :

les malades traités par l'héparine et les dicoumarines sont justiciables de la protamine, vitamine K, ou de la transfusion massive pré-opératoire.

LES ABERRATIONS METABOLIQUES CONGENITALES

parmi lesquelles les maladies moléculaires résultant de la disparition d'une molécule protidique normale ou son remplacement par une molécule anormale intéressent l'anesthésie.

- Hémoglobinopathies

- Drépanocytose
(anémie à cellules falciformes, cyclémie), surtout fréquente chez les noirs (7 %) entraîne un grave risque d'hypoxie);

- Thalassémie
(maladie de Cooley) se traduisant par une anémie hypochrome avec érythroblastose;

- Méthémoglobinémie congénitale
entraînant une cyanose et une sensibilité particulière à l'hypoxie justiciables du bleu de méthylène et de la vitamine C.

- Porphyries

qui excluent l'usage : des barbituriques, la rachianesthésie épidurale, les anesthésies locales étendues, susceptibles de déclencher de graves crises abdomino-nerveuses;

- Dyskaliémie :

surtout hyperkaliémique (GANSTORF) où l'anesthésiste peut provoquer une crise paralytique, un arrêt cardiaque par administration de potassium.

- Perturbations musculaires :

- Etats myasthéniques :
l'anesthésie est dominée par la sensibilité aux curares; tous les laxants sont proscrits (en plus de l'éther); l'induction au penthotal et le maintien au protoxyde-oxygène, avec ou sans cyclopropane suivant l'intervention constituent la technique classique;

- Syndromes myotoniques :
extrêmement sensibles aux barbituriques et hypersensibles à la péthidine, nécessitent l'exclusion de ces drogues.

PERTURBATIONS HUMORALES D'ORIGINE TUMORALES

parmi lesquelles J. BAUMANN distingue :

- les tumeurs carcinoïdes
pouvant provoquer un syndrome de coeur pulmonaire aigu avec broncho-constriction et pour lesquelles il faut éviter le risque hypotenseur en proscrivant toutes les anesthésies à tendance hypotensive et notamment l'halothane, et où l'intubation sera systématique pour permettre d'établir une respiration sous pression;

- tumeurs hypersécrétantes villeuses
colorectales avec déséquilibre hydro-électrique provoquant une déshydratation avec hyponatrémie hypokaliémie, hypochlorémie, acidose, etc... et pour l'opération desquelles il faudra avant l'anesthésie corriger le syndrome humoral.

II

- LE PROBLEME JURIDIQUE -

LA FAUTE

"Un acte n'est rien sur le moment. C'est un objet que vous jetez à la rivière. Mais il suit le cours de la rivière, il est encore là, au loin, bien au loin, toujours là; il traverse des pays et des pays; on le retrouve quand on n'y pensait plus, et où on l'attendait le moins. -

Est-ce juste cette existence interminable des actes?

Je pense que non. Mais cela est."

Henry de MONTHERLANT

LA FAUTE PROFESSIONNELLE EN MATIERE D'ANESTHESIE GENERALE

I.- PRINCIPES GENERAUX DE LA RESPONSABILITE :

- Généralités; cadre juridique différent selon la faute ou l'auteur;

A) - LA RESPONSABILITE PENALE :

- responsabilité délictuelle;
- le délit de "coups et blessures" involontaires;
- les éléments de la faute pénale;
- conséquences : - l'action pénale et l'action civile;
  - la prescription de 3 ans.

B) - LA RESPONSABILITE CIVILE :

- base générale : articles 1382 - 1383 - 1384 du Code Civil;
- solutions juridiques possibles : la responsabilité quasi délictuelle ou contractuelle;

1°) - LE QUASI-DELIT :

- définition
- éléments
- conséquences : prescription de 3 ans.

2°) - LE CONTRAT DE SOINS :

- base juridique : article 1146 du Code Civil
- "obligation de soins, et non de résultats";
- conséquences : prescription de 30 ans;

C) - LA RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE :

- la "faute de service" dans les établissements publics de soins;
- la notion de défaut de fonctionnement d'un service public;"
- conséquence : compétence exclusive de la Justice Administrative.

II.- ANALYSE DE LA JURISPRUDENCE:

1°) - PENAL :

1852 - le procès de Strasbourg
- absence de faute; décès dû à des circonstances exceptionnelles;

2°) et
3°) - CIVIL :

1905 - opportunité de l'anesthésie;
1906 - notion de consentement au risque;

4°) - PENAL :

1830 - mort par anesthésie contr'indiquée
- absence de faute par suite de l'existence d'un état pathologique antérieur imprévisible

5°) - CIVIL :

1936 - absence de faute par suite d'une méthode dont l'indication est discutable

6°) - CIVIL :

1952 - absence d'examen préopératoire
- responsabilité du chirurgien, commettant de l'anesthésiste;

7°) - CIVIL :

1953 - dommage dû à une position vicieuse;
- responsabilité exclusive de l'anesthésiste agissant en toute indépendance

8°) - CIVIL :

1956 - même cas;
- responsabilité exclusive du chirurgien ayant autorité sur l'anesthésiste.

9°) - CIVIL :

1956 - absence de faute professionnelle
- dommage dû à une faute imprévisible

10°)
11°)
12°) - CIVIL

1956-- affaire judiciaire de la plus haute impor-
- 1960 tance, ayant été soumise aux 3 degrés de la juridiction civile :

- responsabilité séparée, ou responsabilité d'équipe;

13°) - PENAL :

1961 - critère de la faute délictuelle en marge de contrat de soins;
- responsabilité exclusive de l'anesthésiste;

14°) - PENAL :

1961 - notion de comportement fautif
faute de technique, délictuelle;

15°) - ADMINISTRATIF :

1963 - absence "de faute lourde détachable du service";
- "organisation défectueuse d'un service public";
- responsabilité de l'hôpital.

III.- CONCLUSIONS ET ORIENTATION ACTUELLE DE LA JURISPRUDENCE :

- aspect général des décisions judiciaires
- de quoi est-on responsable?
- qui est le responsable?

A) NATURE DE LA RESPONSABILITE

1°) la faute d'indication
   - et le choix de la méthode;

2°) la faute de technique :
   - caractère pénal et civil;

B) ETENDUE DE LA RESPONSABILITE

1°) Notion de subordination au chirurgien :
   - les auxiliaires médicaux

2°) Le contrat de soins "distinct"
   - critères; responsabilité exclusive de l'anesthésiste.

3°) Responsabilité respective du chirurgien et de l'anesthésiste :
   - la notion "d'équipe" en regard de la responsabilité.

o
o o

LA FAUTE PROFESSIONNELLE EN MATIERE D'ANESTHESIE

Parler de la faute professionnelle, c'est aborder le problème de la responsabilité des médecins, sous ses multiples aspects.

"La première idée qui vient à l'esprit lorsqu'il s'agit de mettre en cause la responsabilité du médecin est, il faut la reconnaître, celle de "faute" (KORNPROBST).

"C'EST DE SA FAUTE!" pense-t-on.

Mais les conséquences juridiques possibles demandent une analyse approfondie d'un jugement toujours hâtif, et souvent aussi injuste que téméraire.

C'est le problème des aspects de la responsabilité médicale.

Nous nous proposons au cours de ce chapitre :

- de rappeler brièvement les principes de la responsabilité médicale;
- d'analyser toutes les décisions jurisprudencielles françaises intervenues depuis 1852 en matière d'anesthésie générale, à l'occasion de procès intentés à des médecins. (On trouvera en annexe le texte complet des décisions les plus importantes);
- de tirer les leçons de la jurisprudence, en recherchant les conclusions pratiques et l'orientation probable des futures décisions judiciaires;

I.- PRINCIPES DE LA RESPONSABILITE MEDICALE

Tout médecin peut engager sa responsabilité à l'occasion des actes médicaux effectués dans l'exercice de sa profession.

Les conséquences seront diversement sanctionnées suivant que le médecin auteur d'un dommage, sera traduit devant les juridictions pénales ou civiles.

Suivant également la qualité (statutaire ou non) du médecin, la compétence des juridictions de jugement sera différente : ainsi, les médecins exerçant en clientèle seront personnellement responsables devant les tribunaux civils et seront tenus au versement de dommages et intérêts (par l'intermédiaire de leur assurance professionnelle, il est vrai), à la victime de leur faute professionnelle.

Inversement, les médecins hospitaliers, s'ils ont commis une "faute de service" ne pourront être reconnus responsables par les Tribunaux civils, incompétents en la matière, et ce sont les Tribunaux Administratifs (et en appel le Conseil d'Etat) qui auront à connaître du litige opposant un particulier à l'Administration (à savoir tel établissement public d'hospitalisation) à propos du dommage subi par le fait, ou à l'occasion d'un acte médical exécuté en "secteur public" par un médecin fonctionnaire ou contractuel.

A) - LA RESPONSABILITE PENALE

Basée sur les articles 319 du Code Pénal, assimile les fautes professionnelles du médecin ayant provoqué un dommage corporel, aux "coups et blessures involontaires".

Sera passible du Tribunal Correctionnel (ou plus simplement du Tribunal de Police, si du dommage réalisé ne découle qu'une incapacité de travail totale personnelle de moins de 3 mois).

Tout médecin ayant perpétré le délit involontaire "de maladresse, imprudence, négligence, inobservation des règlements, défaut d'adresse, défaut de précaution" qui est à l'origine d'un dommage physique du malade qui s'est confié à lui.

La prescription de l'action judiciaire est de 3 ans, et à la fin de cette période le médecin ne peut plus être poursuivi pénalement.

Le Tribunal répressif est toujours également compétent pour statuer sur la demande concomittante de dommages et intérêts du patient (partie civile) après avoir reconnu le médecin coupable, et l'avoir de ce fait condamné ("l'action pénale prime l'action civile").

B) - RESPONSABILITE CIVILE

Les Tribunaux civils sont chargés de la réparation (c'est-à-dire de la compensation par le versement de dommages et intérêts à la victime) d'un dommage résultant d'une faute professionnelle, en vertu du principe très général de l'article 1382 du Code civil. "Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage,

oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer."

La responsabilité professionnelle du médecin peut, en matière civile, recevoir deux solutions juridiques, de conséquences différentes : elle peut être qualifiée

- quasi délictuelle
- ou contractuelle

1°) - Le quasi-délit :

est une faute, analogue dans ces éléments à la faute pénale, au délit, mais qui est cependant dénué de l'élément moral de nocivité (que les juristes appel le "dol général" du délit pénal. Les éléments de la faute sont :

- la légèreté (négligence ou imprudence); la méprise grossière (oubli des règles générales de bon sens), l'ignorance (des choses que l'on doit nécessairement savoir, l'impéritie notoire, l'oubli du devoir professionnel.

La prescription est également triennale.

2°) - Le contrat de soins :

la responsabilité médicale peut être contractuelle (notion juridique récente, arrêt de la Cour de Cassation du 20 mai 1936), c'est-à-dire que l'on considère (en vertu de l'article 1146 du Code civil) qu'il existe entre le patient et le médecin un véritable contrat de soins.

Ce contrat de soins est pour le médecin, il faut le souligner "une obligation de moyens, et non une obligation de résultats", ce qui signifie :

- que le médecin ne s'engage pas à guérir le malade,
- mais à lui prodiguer des soins;
- des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et conformes aux données acquises de la science.

Il en découle deux conséquences :

- la faute (et nous en revenons l'importance dans la "charge de la preuve") est assimilée à l'inexécution du contrat; c'est au médecin de prouver la qualité de ses soins;

- la prescription est trentenaire, c'est pendant 30 ans que le médecin devra répondre civilement de ses actes.

Ajoutons encore, pour en terminer, que le médecin est encore civilement responsable des choses qu'il a sous sa garde, et des personnes sur lesquelles il a autorité (1383, 1384 Code Civil).

Nous reviendrons sur la responsabilité des personnes sur lesquelles on a autorité, c'est-à-dire le "lien de préposition" entre le chirurgien et l'anesthésiste, en commentant à la fin de ce chapitre la responsabilité respective de ces deux médecins. Car comme nous le verrons, le chirurgien peut avoir autorité sur l'anesthésiste. Il est alors le "commettant" et demeure exclusivement responsable des fautes éventuelles de l'anesthésiste qui est son "préposé."

C) LA RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE

Comme il a été dit précédemment, la responsabilité administrative est le seul fait des médecins exerçant dans le cadre de la Santé Publique. C'est l'administration qui devra prendre à sa charge les dommages causés par une "faute de service" de ses préposés (Tribunal des conflits).

Les Tribunaux administratifs sont très larges dans leur interprétation :

- d'une part, le médecin exerçant en secteur public n'est personnellement responsable que de "ses fautes lourdes détachables du service", c'est-à-dire pratiquement que de ses fautes personnelles intentionnelles, délictuelles (comme exercer en état d'ivresse par exemple);

- d'autre part, le malade est automatiquement indemnisé, s'il apparaît que le dommage résulte "d'un défaut de fonctionnement d'un service public (par exemple : manque ou défaut de personnel qualifié ou de matériel indispensable).

L'administration se réserve par la suite le droit de prendre des sanctions disciplinaires contre son agent, auteur d'une "faute de service".

Ces quelques brèves notions nous paraissent utiles pour l'analyse de la jurisprudence pénale, civile et administrative, que nous nous proposons de relater à présent.

LE PROCES DE STRASBOURG (1850)

Quinze ans après que le Procureur Général DUPIN ait développé à la barre de la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation la thèse dite "du fondement délictuel de la responsabilité du médecin" entérinée par la Cour Suprême dans son arrêt célèbre du 18 juin 1835, s'ouvrait à Strasbourg le premier procès en responsabilité concernant le résultat malheureux d'une anesthésie générale.

Jean-Chrétien KOBELT, officier de santé, fut accusé "d'homicide involontaire par imprudence; inobservation des règlements; défaut de précaution" sur la personne de la dame SIMON, à laquelle il avait administré du chloroforme dans le but de lui extraire des dents sans douleurs.

Ce procès correctionnel exceptionnel à cette époque, (combien heureusedans ce domaine!) eut un grand retentissement, et deux maîtres illustres y apportèrent leur concours pour éclairer le Tribunal. - SEDILLOT, cité comme témoin, qui eut à préciser l'interprétation des faits selon l'optique chirurgicale de l'époque, et TOURDES, commis comme expert aux fins de déterminer les circonstances et la cause de la mort de la victime.

Il était reproché à KOBELT d'avoir exécuté une anesthésie au chloroforme à la compresse (on disait alors, délicatement "au mouchoir") chez la dame SIMON qui se trouvait en phase menstruelle et à laquelle, il fallait extraire quelques dents, intervention ne relevant d'aucune indication urgente.

"Défaut de précaution" argumente le Ministère Public, sur le témoignage de SEDILLOT déclarant "la malade étant en période cataméniale, l'opération aurait dû être différée" et "le premier devoir d'un médecin est de s'informer de toutes les circonstances qui doivent déterminer sa manière d'agir, aucun phénomène vital n'étant indifférent, il importe d'éloigner toutes les chances d'insuccès."

"Inobservation des règlements", l'officier de Santé n'étant pas suffisamment qualifié pour pratiquer seul, une anesthésie au chloroforme (le délit d'exercice illégal" en ce qu'il concerne la capacité professionnelle, n'existant pas à l'époque).

Ce à quoi, l'inculpé répondit qu'il avait exécuté sans aucun incident, plus de 500 anesthésies à la compresse et démontra sa parfaite connaissance de la technique.

TOURDES rendit compte des résultats de l'autopsie et de l'analyse chimique des viscères et exposa les résultats suivants :

- l'autopsie n'a fait reconnaître aucune cause de mort qui puisse être considérée comme indépendante de l'action du chloroforme;
- que les altérations pathologiques constatées sont analogues à celles que l'on a observées dans plusieurs cas où la mort a été le résultat de l'action du chloroforme;
- qu'elles sont analogues aux lésions que l'on rencontre chez la plupart des animaux que l'on fait périr par l'action de cette substance;
- que l'analyse chimique a démontré la présence du chloroforme dans le sang, les poumons et la rate;

et l'expert de conclure :

- la mort de la victime a été le résultat de l'inhalation du chloroforme;
- que toutefois, les circonstances dans lesquelles cette mort a eu lieu paraissent exceptionnelles.

Le Tribunal, constatant qu'il ne pouvait être fait grief au praticien d'une faute technique, la dose habituelle de chloroforme s'étant révélée simplement trop importante dans le cas particulier de la dame SIMON, rendit le jugement suivant :

1°) - sur l'inobservation des règlements :

"Attendu que l'emploi du chloroforme n'est pas une des opérations chirurgicales qui soient interdites aux officiers de Santé qui, en général, doivent regarder comme un devoir de ne l'administrer qu'après avoir pris l'avis et appelé le concours d'un docteur en médecine...."

2°) - sur le délit d'homicide involontaire par défaut de précaution :

"Attendu qu'il résulte des débats, et des explications fournies par un homme de l'art dont l'opinion fait autorité, que si le mode de procédé employé par KOBELT peut être critiqué au point de vue pratique, il n'a cependant pas commis de faute..."

Le Tribunal, après en avoir délibéré, renvoie KOBELT Jean-Chrétien des liens de la prévention.

Et TOURDES commentant cet acquittement, de conclure : "Les dangers de l'application des anesthésiques exige bien plutôt de la prudence et des connaissances médicales qu'une véritable habileté manuelle."

o
o o

TRIBUNAL CIVIL DE CHATEAU-THIERRY
(7 juin 1905)

- OPPORTUNITE de l'anesthésie
- FAUTE D'INDICATION par DEFAUT D'URGENCE
- FAUTE professionnelle par DEFAUT de CONSENTEMENT AVERTI du malade;

Un médecin pratique une anesthésie au chloroforme pour réduction d'une luxation de l'épaule chez un alcoolique connu. - Le malade a présenté déjà deux syncopes dues à la douleur. - Décès au cours de l'intervention.- L'expert conclut à l'absence de faute professionnelle "le médecin ayant pris de SUFFISANTES PRECAUTIONS dans l'administration du chloroforme".

Mais le Tribunal, "attendu, qu'on ne saurait admettre par exemple, qu'afin de REDRESSER UN BOSSU OU UN BANCAL PLEIN DE SANTE, un médecin sans les avoir prévenu des graves conséquences possibles d'une anesthésie, les CHLOROFORMAT sans leur ASSENTIMENT, DONNE EN CONNAISSANCE DE CAUSE..." et que "s'il s'agit simplement d'AFFECTIONS OU DE LESIONS GENANTES OU DOULOUREUSES, chroniques ou non, voire même de la PRIVATION PARTIELLE ou TOTALE de L'USAGE D'UN OU DE PLUSIEURS MEMBRES, mais ne METTANT PAS EN PERIL la VIE DU MALADE, le PREMIER DEVOIR DU MEDECIN, A PEINE DE COMMETTRE UNE FAUTE LOURDE et D'ENGAGER GRAVEMENT SA RESPONSABILITE, est de PREVENIR le patient de tous les dangers." "Mais aussi, qu'il PEUT VIVRE DANS L'ETAT OU IL SE TROUVE."

condamne le médecin aux dommages et intérêts.

C O U R D' A M I E N S

(14 février 1906)

(réformant le jugement du Tribunal Civil de Château Thierry du 7 juin 1905)

- Réforme du jugement précédent
- ABSENCE de FAUTE par DEFAUT de DANGER REEL
- CONSENTEMENT du malade et CONSCIENCE du DANGER

"Considérant qu'il est constant que dans les hôpitaux de Paris, on CHLOROFORMISE des OUVRIERS BLESSES, alors qu'ils sont EN ETAT D'IVRESSE, afin de pouvoir procéder sans retard à l'opération nécessaire..."

"Considérant que les deux syncopes plus ou moins complets que P. avait éprouvés sous l'influence de la douleur provoquée par les mouvements du bras, NE PROUVAIT NULLEMENT QU'IL FUT PREDISPOSE A UNE SYNCOPE, lorsque l'abolition de la douleur aurait été obtenue par l'anesthésie..."

"Considérant au surplus que si le Dr. B. n'a PAS FORMELLENT AVERTI P. des dangers que présentait la chloroformisation, celui-ci NE LES IGNORAIT PAS, puisqu'il a dit au sieur D.. qui prêtait son concours au Dr. V. "tu viens assister à mon enterrement", il en ressort que P. SAVAIT, comme tout le monde, que l'emploi du chloroforme n'était PAS EXEMPTE DE PERIL."

"Considérant en résumé qu'à aucun point de vue le Dr. B. ne saurait être déclaré responsable de la mort de P.
par ces motifs :
réforme le jugement rendu par le Tribunal de Château - Thierry le 7 juin 1905."

La Cour

considère que le Docteur B. ne saurait être déclaré responsable de la mort de P.

(Même jugement; Tribunal de Montpellier; 15 décembre 1909).

o
o o

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LILLE

(27 mars 1930)

- Mort par ANESTHESIE CONTR'INDIQUEE
- ABSENCE de FAUTE par suite de l'EXISTENCE DE PREDISPOSITION MORBIDE NON PREVISIBLE de la victime.

Une jeune fille subit une fracture du col de l'humérus. - Réduction sous anesthésie générale. Décès par syncope mortelle.- Le Parquet poursuit l'auteur de l'accident pour homicide involontaire; celui-ci s'abritant derrière l'article 320 CP sur les blessures involontaires, met en cause le chirurgien qui a pratiqué l'anesthésie. - Une autopsie est ordonnée, qui montre un gros thymus anormalement développé et persisteur chez un sujet de cet âge. - L'expertise conclut que l'action du chloroforme sur un tel sujet presqu'adulte rendait la mort fatale.

"Attendu, qu'il n'est PAS POSSIBLE DE DIAGNOSTIQUER CLINIQUEMENT L'existence d'un THYMUS HYPERTROPHIE; qu'un simple RIEN dans l'aspect extérieur de la blessée ou de son état général ne pouvait faire supposer au médecin qu'une jeune fille de 15 1/2 ans était un SUJET EXCEPTIONNEL VOUE A LA MORT, dès la première bouffée du chloroforme."

le Tribunal

relaxe le chirurgien de la poursuite.

o
o o

COUR D'APPEL DE DOUAI

(16 mai 1936)
(réforme d'un jugement du Tribunal de Laon)

- INDICATION et CHOIX de la méthode
- ABSENCE DE FAUTE par suite DE CONTROVERSES ACTUELLES

Un chirurgien procède à une rachi-anesthésie pour ablation d'un hygroma du genou. - Il se déclare une septicémie. - Le chirurgien est poursuivi, car il lui est reproché de ne pas avoir opéré en anesthésie générale ou locale. - L'expert désigné doit "rechercher si (la rachi-anesthésie) LA METHODE ANESTHESIQUE employée constitue UNE PRATIQUE DANGEREUSE, employée seulement dans les cas graves, COMPORTANT DES RISQUES HORS DE PROPORTION avec l'opération et dont L'EMPLOI CONSTITUE UNE FAUTE PROFESSIONNELLE."

Sur rapport divergent des experts, "attendu que l'on ne saurait reprocher à un chirurgien d'avoir, avant de pratiquer une opération, EMPLOYE UNE METHODE SUR LAQUELLE LES OPINIONS SONT DIVERGENTES."

La Cour

- déboute le plaignant.

o
o o

COUR D'APPEL D'AIX

(arrêt du 27 février 1952; inédit)

- FAUTE par DEFAUT DE PRECAUTIONS de l'anesthésiste;
- ABSENCE d'EXAMEN PREOPERATOIRE;
- OBLIGATION de "préparation du malade";
- RESPONSABILITE DU CHIRURGIEN

Au moment de l'intervention chirurgicale pour appendicectomie, le médecin anesthésiste injecte au pli du coude, un barbiturique. - Injection périphérique, à cause de l'état des veines qui se révèlent inaccessibles. - Gangrène.- Condamnation en première instance, et en appel. -

La Cour,

"Considérant, qu'en VERIFIANT A L'AVANCE l'état des veines du sieur X, l'anesthésiste, Docteur Y, assistant le Professeur Z., eut été AMENE A RENONCER à une anesthésie qui s'est révélée catastrophique..."

rend le chirurgien, commettant de l'anesthésiste, responsable. Confirme la condamnation et alloue 250.000 F. de dommages et intérêts.

o
o o

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

(jugement du 3 novembre 1953)

- Dommage dû à une POSITION VICIEUSE
- RESPONSABILITE EXCLUSIVE de l'ANESTHESISTE

A propos d'une élongation de plexus brachial due à une position vicieuse sur la table d'opération, le Tribunal met hors de cause le chirurgien : "Attendu que le Docteur Z, chirurgien, ne peut être responsable des FAUTES DE L'ANESTHESISTE agissant en ce qui concerne sa QUALITE en toute INDEPENDANCE, et ne peut en aucune façon être CONSIDERE comme le PREPOSE du chirurgien."

Tribunal de Grenoble
(jugement du 16 mai 1956)

- QUALITE de l'ANESTHESISTE
- Dommage dû à une POSITION VICIEUSE
- RESPONSABILITE EXCLUSIVE DU CHIRURGIEN

Il s'agit d'un patient ayant eu une paralysie du nerf cubital droit par suite d'une position vicieuse. - Le Tribunal impute la responsabilité de la maladresse du Docteur R "CHARGEE DE L'ANESTHESIE" et CHOISIE et AGREEE PAR LE CHIRURGIEN, au sens du chirurgien, l'anesthésiste ayant AGI SOUS LE CONTROLE DU CHIRURGIEN.

o
o o

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

(15 mai 1956)

- QUALITE de l'ANESTHESISTE
- ABSENCE de faute professionnelle;
- Dommage dû au développement d'un CAS IMPREVISIBLE

Un médecin anesthésiste est amené à pratiquer au cours d'une intervention abdominale, une injection de curare au niveau du dos de la main. - Il est reproché l'inopportunité de l'injection, et il est prétendu qu'elle est à l'origine d'une névrite cubitale apparue par la suite. - Sur conclusion de l'expert, ne retenant pas la relation de cause à effet étant donné "l'ETAT CONSTITUTIONNEL de fragilité vasculaire de la malade, expliquant suffisamment la névrite ascendante du nerf cubital dont la pathologie SEMBLAIT être une imitation des branches terminales par l'hématome et l'oedème qui a fait suite", le Tribunal "attendu, qu'il s'agit d'un CAS IMPREVISIBLE lié à la pratique de l'anesthésie par un anesthésiste HAUTEMENT QUALIFIE".

déboute le plaignant de sa demande.

o
o o

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE
(Jugement du 15 mai 1956)

COUR D'APPEL DE PARIS
(arrêt du 14 février 1958, réformant le jugement précédent)

COUR DE CASSATION
(arrêt du 18 octobre 1960, confirmant l'arrêt de la Cour d'Appel)

- DOMMAGE dû exclusivement à l'action de l'ANESTHESISTE survenu lors d'une intervention chirurgicale en clinique PRIVEE;
- RESPONSABILITE DU CHIRURGIEN
- Portée du CONTRAT DE SOINS;
- Notion de "SUBORDINATION" de l'anesthésiste au chirurgien;
- "LIEN de PREPOSITION" et critère de "RESPONSABILITE SEPAREE" du chirurgien et de l'anesthésiste ou au contraire "RESPONSABILITE d'EQUIPE"

Un chirurgien, ayant à pratiquer une hystérectomie sur une malade particulièrement nerveuse, faisait appel à un de ses confrères médecin-anesthésiste. Celui-ci avait apporté volontiers son concours, sans d'ailleurs entrer en relation avec la malade, dame Z. avant l'intervention. Au cours de celle-ci, le chirurgien demande à l'anesthésiste de lui procurer un silence abdominal plus complet. Le médecin anesthésiste pratiqua alors dans une veine de la main droite de la patiente, une injection de curare. Une paralysie du nerf cubital s'ensuivit avec incapacité permanente et partielle.

La dame Z... introduisit une instance en dommages-intérêts tant à l'encontre du chirurgien que de l'anesthésiste qui devait être sanctionnée par un jugement rendu par le Tribunal Civil de la Seine le 15 mai 1956 : il déboutait la demanderesse de ses demandes en dommages-intérêts en soulignant que le CHIRURGIEN ET L'ANESTHESISTE, TOUS DEUX DOCTEURS EN MEDECINE, NE POUVAIENT REPONDRE QUE DE LEURS FAUTES PROPRES, et qu'en l'espèce, aucun reproche ne pouvait être retenu à leur encontre.

La dame Z... interjeta appel et devant la Cour, elle soutint que le médecin-anesthésiste s'était trouvé, pendant l'opération, sous la dépendance du chirurgien et que par suite, elle pouvait valablement demander à l'égard des deux médecins une condamnation conjointe et solidaire. Elle portait d'ailleurs sa demande à six millions.

La Cour répondit, le 14 février 1958, en ces termes :

"Considérant qu'il résulte suffisamment des rapports des experts que l'hystérectomie était justifiée, qu'elle a été effectuée par les moyens techniques les plus appropriés dans l'état des données acquises de la science et de la pratique médicale et chirurgicale, et que la paralysie du nerf cubital droit apparue aussitôt après l'opération, n'a rien à voir avec un oubli ou une négligence de l'opérateur; QU'IL NE PEUT DONC ETRE RELEVE AUCUNE FAUTE A LA CHARGE DU CHIRURGIEN et que la demande dirigée contre lui, en vertu de l'article 1147 du Code civil, à raison d'une faute contractuelle personnelle doit être rejetée;

"Considérant qu'il convient d'examiner ensuite la demande introduite par la dame Z... contre l'anesthésiste, et à cette fin, de déterminer tout d'abord les rapports qui ont existé

entre la première et la seconde, puis entre celle-ci et le chirurgien.

"Considérant sur les rapports ayant existé entre la dame Z... et l'anesthésiste, que contrairement à ce qui a eu lieu entre la dame Z... et le chirurgien, parties entre lesquelles il n'est pas contesté qu'un contrat médical a existé, IL N'APPARAIT PAS QUE PAREIL CONTRAT AIT PRIS NAISSANCE ENTRE LA DAME Z.. ET L'ANESTHESISTE; qu'il résulte, en effet, de leurs déclarations concordantes que l'ANESTHESISTE N'AVAIT JAMAIS VU LA PATIENTE AVANT L'OPERATION et qu'aucun rapport n'a existé entre elles ni avant, ni après; QU'AUCUN LIEN DE DROIT EST DONC NE ENTRE L'ANESTHESISTE ET CETTE MALADE QUE N'A LIES AUCUN CONTRAT MEDICAL.

"Considérant sur les rapports ayant existé entre le chirurgien et l'anesthésiste que si, CONTRAIREMENT A CE QUI SE PRODUIT QUAND L'ANESTHESIE EST PRATIQUEE PAR UN SIMPLE INFIRMIER QUI ENGAGE LA RESPONSABILITE DU CHIRURGIEN QU'IL ASSISTE, LE MEDECIN ANESTHESIOLOGUE N'ENGAGE PAS NECESSAIREMENT PAR SES FAUTES LA RESPONSABILITE DU CHIRURGIEN opérant le malade qu'il a endormi, encore faut-il pour qu'il en soit ainsi que l'ANESTHESIOLOGUE AIT ETE, SOIT CHOISI PAR LE PATIENT, soit AGREE PAR LUI, au moins TACITEMENT SUR PRESENTATION DU CHIRURGIEN, et qu'en toute hypothèse, IL AIT VU ET EXAMINE LE PATIENT AVANT L'OPERATION; que faute de cet examen, l'anesthésiologue ingorera les particularités physiologiques et pathologiques de l'opéré, ne sera donc pas pleinement en mesure de conformer l'anesthésie à la constitution du malade et de lui assurer le mode d'insensibilisation le plus approprié à son état et devra recevoir, par conséquent, dans l'accomplissement même de sa mission particulière d'anesthésie, des instruction du chirurgien qui, seul, a examiné le malade et le connaît;

"Que dans la présente espèce, c'est le chirurgien seul qui a décidé d'utiliser les services de l'anesthésiste sans que rien n'établisse que ce choix ait été ratifié, même tacitement, par la dame Z...; qu'en outre, celle-ci n'a nullement avant l'opération été examinée par l'anesthésiste qui n'a pu constater par lui-même l'état constitutionnel de fragilité vasculaire que signalent les experts et que le chirurgien seul a été à même de découvrir; que l'anesthésie devrait donc se faire sous le contrôle du chirurgien; qu'ainsi et quoiqu'il en soit de la question des HONORAIRES qui n'a pas été clairement élucidée, mais DONT IL EST CERTAIN EN TOUT CAS QU'ILS N'ONT PAS FAIT L'OBJET D'UN ACCORD DIRECT ENTRE l'anesthésiste et la malade, l'anesthésiste n'apparaît pas comme l'assistante du chirurgien, A QUI CELUI-CI AVAIT LE DROIT ET LE DEVOIR DE DONNER DES INSTRUCTIONS;

"Considérant, en conséquence que tant pour le motif de droit qu'AUCUN CONTRAT MEDICAL NE LIAIT L'ANESTHESISTE ET LA DAME Z... que pour le motif de fait que l'anesthésiste était, pendant le temps opératoire, l'assistante du chirurgien, il faut reconnaître que si les fautes dommageables pour la patiente ont été commises dans la pratique de l'anesthésie, l'anesthésiste est certes responsable envers la dame Z... en vertu de l'article 1382 du Code civil, mais le chirurgien en est lui aussi responsable du fait de son préposé, en vertu de l'article 1384 du même Code;

"Considérant, en effet, que l'indépendance professionnelle d'un médecin qu'affirme l'article 9 du Code de déontologie médicale ne fait pas obstacle à ce que ce MEDECIN PUISSE, au regard d'une victime de sa faute, ETRE LE PREPOSE, au sens de l'article 1384 du Code civil, d'UN AUTRE MEDECIN QUI EST RESPONSABLE DE SES ACTES, pourvu que soient remplies les conditions de choix et

de subordination qui créent entre toutes personnes un lien de préposition;

La Cour

CONDAMNE LE CHIRURGIEN AUX DOMMAGES ET INTERETS.

La Cour de Cassation, saisie par le chirurgien confirme l'arrêt attaqué sur le motif de la responsabilité globale du chirurgien, en l'absence de contrat de soins séparé entre le malade et l'anesthésiste, "Attendu que le CHIRURGIEN, investi de la confiance de la personne sur laquelle il va pratiquer une opération, EST TENU EN VERTU DU CONTRAT QUI LE LIE à cette personne, de FAIRE BENEFICIER celle-ci, POUR L'ENSEMBLE DE L'INTERVENTION, de soins consciencieux attentifs, conformes aux données de la science."

o
o o

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE NICE

(jugement du 9 mai 1961)

- Dommage par INJECTION INTRA-ARTERIELLE de barbiturique;
- CRITERES de la FAUTE DELICTUELLE en marge du contrat de soins
- RESPONSABILITE EXCLUSIVE DE L'ANESTHESISTE

Un médecin anesthésiologiste qualifié est appelé pour donner l'anesthésie à une femme qui devait être opérée d'une sinusite. - Ne trouvant pas la veine du pli du coude, il injecte du Nesdonal dans une veine du dos de la main. - Dès le début de l'injection, la malade manifeste sa douleur par de tels hurlements, que le chirurgien, en train de revêtir sa tenue dans le vestiaire voisin, envoya son infirmière s'enquérir de ce qui se passait. - L'anesthésiste déclara que c'était une malade hyperémotive et continua son injection. - Gangrène, amputation partielle. -

Le Tribunal,

"Attendu, que dès le début de l'injection, la dame X accusa des DOULEURS SI VIOLENTES, qu'elle ne put réprimer des cris qui furent perçus du CHIRURGIEN en train de revêtir sa tenue, d'opérateur dans la pièce voisine, qui, FRAPPE DU CARACTERE ANORMAL DE CES PLAINTES, envoya son infirmière s'enquérir de ce qui les provoquait...

que sans tenir compte de ces DOULEURS ANORMALES, l'ANESTHESISTE

CONTINUA SON INJECTION, dans une artère qu'il avait pris par erreur pour une veine....

"Il restait à L'ANESTHESISTE, dûment INFORME DES RISQUES de l'anesthésie à laquelle il fallait procéder à l'aide d'un liquide alcalin chez une malade à qui avait été administrée la prémédication prescrite par lui-même, à DENUDER UNE AUTRE VEINE afin de procéder normalement à l'injection de penthotal"... le médecin anesthésiste, en continuant l'injection a commis une négligence et une IMPRUDENCE qui, jointes à la MALADRESSE qu'il avait commise et qu'il AURAIT FACILEMENT PU REPARER, constituent EN MARGE DU CONTRAT DE SOINS MEDICAUX qui le liait à la partie civile, le DELIT prévu et réprimé par les articles 319 et 320 du Code Pénal"

condamne le médecin à 1.000 NF d'amende.

o
o o

COUR DE CASSATION

(Chambre Criminelle; arrêt du 12 juillet 1961)

- FAUTE DE TECHNIQUE occasionnant un dommage;
- Notion de COMPORTEMENT FAUTIF
- Condamnation pénale pour COUPS et BLESSURES INVOLONTAIRES

Un chirurgien amené à pratiquer un curetage sur une femme qui souffrait de métrorragie à la suite d'une fausse couche, a commencé son intervention par une piqûre de Nesdonal à l'avant-bras gauche, poursuit la piqûre malgré les douleurs et les vives protestations de la malade. - Trois jours après (par suite de l'injection intra-artérielle accidentelle), gangrène et amputation de l'avant-bras gauche. - Condamnation de l'opérateur en première instance et en Appel pour coups et blessures involontaires. "Attendu, que le MEDECIN AU MEPRIS DES NOTIONS MEDICALES qu'il NE POUVAIT IGNORER, a pris le risque d'exposer la malade aux suites qui se sont manifestées, qu'il a CE FAISANT, COMMIS UNE FAUTE..."

La Cour,

rejetant le motif allégué d'une erreur de diagnostic provoqué par l'état d'hyperémotivité dans lequel se trouvait la malade au moment de l'injection, ce qui n'aurait pas permis au médecin d'apprécier si les plaintes de la malade étaient sérieuses,

confirme la condamnation; rejette le pourvoi.

o
o o

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DE NANCY
(jugement rendu le 6 février 1963)

- SYNCOPE anesthésique MORTELLE en SERVICE HOSPITALIER;
- ABSENCE de "FAUTE PERSONNELLE LOURDE, DETACHABLE DU SERVICE" de la part du chirurgien, Chef de Service;
- CARENCE de PERSONNEL QUALIFIE pour procéder à des actes médicaux difficiles;
- "ORGANISATION DEFECTUEUSE D'UN SERVICE PUBLIC" engageant la RESPONSABILITE DE L'ADMINISTRATION.

Une mère de trois enfants est transportée à l'hôpital pour subir un curetage. - Décès par syncope anesthésique mortelle. Il résulte du rapport des experts que toutes les précautions requises lorsqu'il s'agit d'une anesthésie intraveineuse par Nesdonal, n'ont pas été prises; que notamment, il n'y a pas d'injection pré-opératoire d'atropine; qu'il n'a été procédé à aucune administration d'oxygène au cours de l'opération et que l'anesthésiste n'a pas, comme elle le devait, surveillé minutieusement l'opérée au cours de l'opération et de la période de sommeil post-opératoire. L'anesthésie a été administrée par une infirmière dépourvue de diplôme d'aide-anesthésiste. - L'hôpital argue que la responsabilité incombe au chirurgien, Chef de Service, le chirurgien ayant le personnel sous ses ordres pour la prescription et l'exécution de la thérapeutique.

Le Tribunal

considérant que l'ANESTHESIE CONSTITUE UN ACTE PROFESSIONNEL QUI NE POUVAIT ETRE EXECUTE PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL, ET UNIQUEMENT EN QUALITE D'AIDE, QUE SOUS LA RESPONSABILITE ET LA SURVEILLANCE DIRECTE D'UN MEDECIN DANS DES CONDITIONS PERMETTANT A CELUI-CI D'EN CONTROLER L'EXECUTION ET D'INTERVENIR A TOUT MOMENT, que si, en principe, un acte de cette nature ne peut, en ce qui concerne ses conséquences dommageables, ENGAGER LA RESPONSABILITE DE L'ADMINISTRATION HOSPITALIERE QUE SUR LE FONDEMENT D'UNE FAUTE LOURDE, L'EXISTENCE D'UNE TELLE FAUTE N'EST PAS NECESSAIRE LORSQUE LA CAUSE DU DOMMAGE RESIDE, EN OUTRE, DANS UNE ORGANISATION DEFECTUEUSE DU SERVICE;

considérant sur l'absence de prémédication et de surveillance que la MECONNAISSANCE DE CES REGLES CONSTITUE UNE FAUTE PROFESSIONNELLE LOURDE DE NATURE A ENGAGER LA RESPONSABILITE DE l'HOPITAL DE X., il résulte, au surplus, des observations présentées par ledit Hôpital lui-même que l'infirmière affectée au service de chirurgie et qui procédait habituellement aux anesthésies n'était titulaire d'aucun diplôme d'infirmière d'Etat d'anesthésiste ou d'aide anesthésiste; que CETTE ABSENCE DE PERSONNEL QUALIFIE POUR PROCEDER A DES ACTES MEDICAUX DIFFICILES et qui a, selon les experts, concouru à la réalisation du dommage, DENOTE UNE ORGANISATION DEFECTUEUSE DU SERVICE ENGAGEANT EGALEMENT LA RESPONSABILITE DE L'HOPITAL DE X.

PAR CES MOTIFS,
D E C I D E :

Article 1er - L'Hôpital X est déclaré responsable des conséquences du décès de la dame H.

Article 2 : Ledit Hôpital payera au sieur H..., personnellement, une somme de soixante mille francs (60.000 F) et es-qualité d'administrateur des biens de ses enfants mineurs, une indemnité totale de trente sept mille francs (37.000 F) à répartir entre ses trois enfants comme il est précisé ci-dessus, lesdites indemnités qui comprennent tous intérêts de droit au jour du présent jugement, devant être payées sous réserve que les intéressés subrogeront l'hôpital dans des droits qui pourraient être nés à l'encontre du sieur Y (chirurgien).

o
o o

III.- CONCLUSIONS ET ORIENTATION ACTUELLE DE LA JURISPRUDENCE

Les décisions de justice en matière d'anesthésie générale demeurent de 1852 à nos jours très rares; quinze affaires (à notre connaissance) ont été jugées, dont deux seulement (une au civil, l'autre au pénal) ont franchi les trois degrés de la juridiction.

Sur ces quinze affaires :

- 10 ont été jugés au civil
- 4 ont fait l'objet de sanctions pénales; et
- une seule a reçu une solution administrative.

"Il ne faudrait pas en conclure trop vite", comme l'a écrit un éminent magistrat, "que c'est la rareté des fautes et des accidents qui explique cette carence; il semble plutôt que c'est la difficulté de les prouver, et surtout de les isoler d'un ensemble de faits que l'on attribue volontiers à des causes de plus ou moins bon aloi. Car les accidents (mais ils arrivent à huis clos!) sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit.

En fait, il se dégage des décisions de justice, souvent hésistantes, et apparemment contradictoires, une série de notions, résultant à la fois de l'évolution de la médecine, par le perfectionnement des techniques chirurgicales et anesthésiques, et de l'évolution de la pensée juridique, qui a définitivement admis la notion de "contrat de soins".

Au fur et à mesure de cette évolution, la justice a été appelée à répondre, en matière d'anesthésie générale à deux questions :

- de quoi est-on responsable?
- qui est responsable?

Ce qui nous amène à définir brièvement les deux notions : la nature de la responsabilité, et l'étendue de la responsabilité aux personnes susceptibles de l'endosser.

A) NATURE DE LA RESPONSABILITE

Après avoir douté de l'opportunité même de l'anesthésie, les tribunaux se sont limités à définir les critères de la faute selon le comportement fautif en matière d'indication de l'anesthésie, ou selon les fautes de technique de son exécution;

1°) - Faute d'indication :

Elle porte sur le choix de la méthode si les juges s'abstiennent de connaître d'un fait purement médical, ils sanctionneront une anesthésie générale dont la méthode est réputée (et prouvée par expertise) radicalement inopportune dans le cas envisagé.

Par contre, ils ne qualifieront pas de "fautive" une erreur consistant en une indication médicalement discutable.

En effet, l'ERREUR, c'est-à-dire la confusion humainement possible entre deux solutions médicales l'une et l'autre admissibles n'est jamais qualifiée fautive et n'engendre aucune responsabilité de la part de son auteur.

L'ERREUR devient FAUTIVE lorsque la confusion résulte

"d'une ignorance grossière des choses que l'on doit nécessairement savoir".

2°) - Faute de technique :

Celle-ci due en grande majorité à une cause évidente, telle une injection intra-artérielle, causant une grangrène, ou une position vicieuse créant une paralysie, est aisément reconnu comme constitutive d'un délit (s'il existe la notion de "dol" comme par exemple poursuivie une intervention malgré les hurlements du malade!) ou génératrice de la responsabilité civile.

B) ETENDUE DE LA RESPONSABILITE :

Le Droit a été amené à répondre à la question "qui est le responsable?"

La réponse n'est pas une simple affirmation logique consistant à dire "celui qui a agi!", mais le résultat de la recherche du "lien de subordination" éventuel, pouvant exister entre le chirurgien et l'anesthésiste, tous deux docteurs en médecine, ou entre le chirurgien et ses aides.

En effet, l'anesthésiologie devenue une véritable spécialité au point de vue technique, demeure administrativement une compétence.

Il est apparu beaucoup moins difficile (sur le plan juridique) de rechercher s'il y a eu faute, qu'elle soit délictuelle ou contractuelle, que de savoir qui doit en répondre.

Pratiquement l'attitude des Tribunaux est la suivante, compte tenu de l'arrêté du 6 janvier 1962 du Ministre de la Santé Publique, considérant que "l'anesthésie générale, constitue un acte susceptible d'être effectué par un auxiliaire médical, sous la responsabilité directe et la surveillance directe du médecin, à condition que celui-ci puisse contrôler et intervenir à tout moment."

1°) - Sur le choix de la méthode :

- lorsqu'il est fait d'un commun accord :

entre le chirurgien et l'anesthésiste (en toute connaissance de cause, et avant l'intervention) les deux médecins seront solidairement responsables;

- en cas de désaccord établi :

c'est celui des deux qui aura imposé son choix personnel qui sera responsable.

Mais le chirurgien hostile à l'avis de l'anesthésiste qui l'assiste responsable de la réussite ou de l'échec de son intervention, a le droit et par conséquent le devoir, d'exercer un contrôle sur ce qui lui est proposé, voire mal exécuté devant lui.

2°) - Sur l'exécution de la méthode :

- s'il existe un "contrat de soins" établi entre le malade et l'anesthésiste :

celui-ci ayant été choisi, et devant être honoré directement par le malade, ayant au préalable examiné celui-là, sera seul responsable.

- s'il existe au contraire un "contrat de soins" unique entre le chirurgien et le malade :

l'anesthésiste, même docteur en médecine, demeure sous la subordination du chirurgien (dont il est le préposé) et le chirurgien sera seul responsable.

ORIENTATION ACTUELLE

Lorsqu'on envisage la complexité d'une opération chirurgicale, mettant en jeu une équipe souvent nombreuse, la question se pose de savoir si la conception unitaire de l'intervention chirurgicale n'est pas dépassée sur le plan juridique et le problème a été définitivement posé de savoir qui en cas d'accident peut ou doit être déclaré responsable

- du chirurgien : maître suprême de l'opération dans son ensemble, ou
- de l'anesthésiste : auquel il est confié un secteur délicat des manoeuvres.

Il semble bien, actuellement, et nous l'avons vu en étudiant la jurisprudence que tout ce qui est "détachable" de l'acte opératoire au sens strict, n'engagera dans l'avenir que la responsabilité de celui qui a agi, et non le chirurgien.

Il faut en effet libérer au maximum le chirurgien au cours d'opérations délicates et longues.

Sans doute, abstraction faite du contrat de soins, les critères de l'„acte détachable" de la technique opératoire devront être précisés.

Il est établi que l'on puisse actuellement admettre comme possible l'indépendance matérielle et intellectuelle de l'anesthésiste professionnel.

Comme l'a dit L. DEROBERT "être libre et indépendant, c'est être responsable".

Telle est la grandeur, mais telles sont aussi les servitudes du progrès.

LE PROBLEME MEDICO-LEGAL

LA RELATION DE CAUSE A EFFET

"Il n'y a guère d'homme assez habile pour connaître tout le mal qu'il fait."

LA ROCHEFOUCAUD

Plan du 3ème chapitre

LA RELATION DE CAUSE A EFFET

I.- DEFINITION

- double problème :
  - . juridique : la faute professionnelle;
  - . médical : le dommage physique;
- conséquence : la charge de la preuve

II.- L'ADMINISTRATION DE LA PREUVE

A.- Le problème JURIDIQUE : l'EXISTENCE DE LA FAUTE

1°) - Nature de la faute :

- faute délictuelle
- faute contractuelle

2°) - La solution juridictionnelle :

- arrêt de la Chambre Civile de la Cour de Cassation du 27 juin 1939,
- nécessité de l'expertise médico-légale

B.- Le problème MEDICAL : LA REALITE DU DOMMAGE

1°) - Sur le sujet vivant :

- dommage apparent : cause évidente
- dommage évident : cause discutable

2°) - Sur le cadavre :

- mort de cause apparente : faute évidente
- mort de cause apparente : faute discutable
- mort de cause latente : impossibilité de preuve.

/....

III.- L'EXPERTISE MEDICO-LEGALE

A.- Définition, but et réalisation

- nécessités et intérêts de l'expertise
- difficultés de l'expertise
- but et réalisation de l'expertise

B.- La recherche du dommage - L'expertise en justice pénale :

1°) - L'autopsie :

- clinique privée
- cadre hospitalier
- difficultés :
  - . techniques
  - . légales

2°) - Objet et réalisation de l'autopsie :

- prospection du corps
  - a) signes de syncope
  - b) traces objectives
  - c) lividités
  - d) orifices naturels
  - e) altérations de la région du cou
  - f) oedème des membres
- ouverture du corps
  - a) existence d'un syndrome asphyxique
  - b) existence d'une complication due à l'action de l'anesthésie
  - c) existence d'un état pathologique
- prélèvements et recherches complémentaires
  - a) histopathologiques
  - b) toxicologiques

3°) - Résultats de l'autopsie

- cause physique
- cause pathologique
- cause physiopathologique

4°) - L'expertise du dommage physique.

C.- La recherche de la faute : le comportement fautif

1°) - Faits d'action :

- maladresse
- imprudence

2°) - Faits d'omission :

- négligence
- inobservation des règlements
- ignorance de ce que l'on doit savoir
- oubli du devoir professionnel

3°) - Fait d'autrui :

- obligation de contrôle et de surveillance

D.- L'expertise en justice civile

- l'expertise contradictoire.

E.- L'expertise en justice administrative

- Conclusion
  - nécessité de l'expertise.

LA RELATION DE CAUSE A EFFET

I.- DEFINITION

Le problème médico-légal qui consiste à établir la relation de cause à effet entre la faute commise, ou présumée, et le dommage physique corporel réel, ou supposé, aboutit à un état de fait à la fois théorique et concret que l'on appelle en Droit : la charge de la preuve.

Il faut en effet, rechercher :

- la notion théorique :
c'est-à-dire, les éléments du comportement de l'anesthésiste, du chirurgien ou de leurs aides, gestes qui peuvent être à l'origine de la faute, de l'erreur ou de l'accident qui a causé le dommage dont le patient (ou ses ayants-droit) demande réparation;

- le fait concret :
c'est-à-dire,la réalité du dommage ayant provoqué la mort, ou créé une lésion anatomique ou fonctionnelle nouvelle (voire aggravé un état pathologique préexistant) se traduisant par une incapacité permanente ou temporaire, partielle ou totale.

Seules la réunion et la confrontation de ces deux éléments permettent d'établir :

- soit, l'existence de la relation de cause à effet : la preuve est apportée sur le plan médico-légal que le dommage est effectivement le résultat du comportement médical fautif ;

- soit au contraire, l'absence de relation de cause à effet : la preuve est apportée sur le plan médico-légal que le dommage est uniquement le résultat d'une cause étrangère à l'acte médical incriminé ou que le dommage est dû à une erreur non fautive;

- soit, la probabilité de la relation de cause à effet : la preuve ne peut être apportée avec certitude sur le plan médico-légal, mais l'ensemble des éléments du comportement personnel et des indices matériels permet d'établir l'existence de "présomptions graves, précises et concordantes" en faveur de la relation de cause à effet entre les faits objectifs constatés et l'acte médical incriminé.

Cette dernière solution est valable (et demandée à l'expert) devant les juridictions pénales. En effet, comme nous le verrons ultérieurement, au Civil dans le cadre de la responsabilité contractuelle du médecin, il ne saurait y avoir présomption de l'inexécution d'un contrat de soins.

II.- L'ADMINISTRATION DE LA PREUVE

L'administration de la preuve, qui n'est au fond que la mise en évidence et la qualification de la faute professionnelle médicale par l'établissement de la relation de cause à effet, pose un double problème :

- juridique : l'existence de la faute
- médical : la réalité du dommage corporel.

A.- L'existence de la faute :

Il semble en effet que la charge de la preuve devant les juridictions responsables crée une opposition absolue entre la faute médicale qualifiée délictuelle (ou quasi délictuelle) et la faute contractuelle.

1°) - Nature de la faute :

- Si la FAUTE est considérée comme DELICTUELLE : c'est au demandeur en indemnité (le patient ou ses ayants-droit) de prouver l'existence de la faute professionnelle : du geste néfaste, de l'erreur fautive, du fait délictueux d'action ou d'omission, imputable au médecin poursuivi;

- si la FAUTE est considérée comme CONTRACTUELLE : c'est au contraire, au défendeur (en l'occurence l'anesthésiste) qu'il incombe, pour se libérer de la réparation en dommages et intérêts qui lui est réclamée, de démontrer l'existence (et l'action!) d'une cause étrangère à ses actes.

Ainsi, d'une part la victime d'une faute contractuelle serait (en plus des avantages de la prescription trentenaire) dans une situation bien meilleure que celle d'un faute délictuelle ou quasi délictuelle, étant dispensée de la charge de la preuve en ce qui concerne l'existence de la faute professionnelle médicale.

Inversement, l'anesthésiste pris à parti en vertu de sa responsabilité contractuelle devrait pour chaque cas (et pendant trente ans!), être à même d'apporter la preuve de l'exécution de l'obligation contractée vis-à-vis du patient en prouvant que le dommage est imputable au risque anesthésique ou au cas de force majeure, abstraction faite de toute faute médicale dont il serait responsable.

"Et même quand nous serons morts" écrit avec humour le docteur THEIL dans un article sur la responsabilité médicale, "nos héritiers auront-ils à liquider quelque mauvais compte, que nous n'aurons plus la possibilité de discuter, dont nous ne pourrons plus nous disculper?

Décidément, je ne prendrai au cimetière qu'une concession de moins de trente ans. Je serais fichu d'être délogé par un huissier, saisi même, si je ne laisse que cela après moi!".

En fait, le patient comme l'anesthésiste va se trouver devant de grandes difficultés. Car le médecin peut ne pas être à même de démontrer qu'il a rempli son obligation de prudence, sans que de son côté le patient puisse prouver l'imprudence de l'anesthésiste.....

Comme on est éloigné de la position si confortable de la juridiction administrative qui se borne à établir l'existence

d'une "faute de service" ou à constater d'une manière lapidaire que le dommage causé réside "dans une organisation défectueuse d'un service public"!

2°) - Solution juridictionnelle :

Heureusement, Juge Suprême en la matière, la Cour de Cassation (Chambre Civile, arrêt du 27 juin 1939) a précisé les règles de l'administration de la preuve :

- la charge de la preuve de l'inexécution de l'obligation contractuelle : incombe au MALADE qui doit prouver le dommage et la relation de cause à effet, avec l'acte médical;
- la charge de la preuve de l'existence d'une cause étrangère: revient au MEDECIN qui doit prouver que l'inexécution de l'obligation contractée envers le patient provient d'une cause étrangère à l'acte médical qu'il a pratiqué.

En conclusion :

La réalité montre que malade et anesthésiste apportent chacun leur preuve en justice. Ni l'un ni l'autre ne demeure devant le Tribunal dans une attitude passive et expectative, attendant que l'adversaire fasse la preuve dont il a la charge.

Ainsi, comme le rappelle MAZEAUD, en vertu de l'article 1315 du Code Civil : "Il appartient au plaideur qui se prévaut d'un fait d'en apporter la preuve." -

La charge de la preuve peut devenir un écrasant fardeau. La justice ne saurait qualifier et sanctionner la faute professionnelle de l'anesthésiste, sans que celle-ci et ses conséquences n'aient été établies par une expertise médico-légale.

B.- La réalité du dommage

La constatation de la réalité du dommage se confond souvent avec celle de l'existence évidente, apparente, visible de la cause qui l'a provoquée.

Ainsi les difficultés liées à la recherche de la preuve iront croissantes, suivant que le dommage répondra à une cause apparente ou latente; ou qu'il sera à rechercher sur un sujet vivant ou mort.

De même que les chirurgiens se verront plus souvent condamnés pour l'oubli d'une compresse ou d'un instrument que pour une erreur technique matérielle dont ils n'ont pu se rendre maîtres, les actions judiciaires intentées contre les anesthésistes porteront plus souvent sur des points de détails, aisément visibles et constatables.

1°) - Sur le SUJET VIVANT :

- le dommage est APPARENT; la cause est EVIDENTE :
  - bris de dent;
  - paralysie du membre supérieur ou d'un segment par élongation ou compression;
  - plaie contuse du cuir chevelu par suite d'une chute de la table;
  - gangrène consécutive à une injection intra-artérielle périphérique au lieu d'une intra-veineuse.

La cause et l'effet ont tendance à se confondre dans une même réalité médico-légale. L'expertise en apporte la constatation et confirme la relation de cause à effet en éliminant l'in-

tervention d'une cause génératrice étrangère à l'acte médical incriminé.

- le dommage est EXISTANT; la cause est DISCUTABLE :

Le raisonnement médico-légal doit rattacher le dommage et la symptomatologie constatée au défaut de l'acte médical incriminé, ou au contraire, nier la relation de cause à effet par suite de l'intervention d'une cause étrangère, qui peut être l'état constitutionnel du sujet.

2°) - Sur le CADAVRE :

Le plus souvent, c'est rarement que l'autopsie sera en mesure d'apporter des arguments confirmant l'existence de la faute médicale professionnelle.

MACINTOSCH prétend qu'il n'y a pas de mort sur la table où, une fois exclue la faute chirurgicale, l'anesthésiste ne soit pour quelque chose. Ce qui n'implique pas nécessairement une faute puisque tous peuvent avoir fait le maximum pour sauver un patient en mauvaise condition devant subir une opération étendue pour maladie grave.

Comme le rappelle MARRUBINI, les cas où l'autopsie précise la cause de la mort survenue lors de l'anesthésie sont rares.

Il existe néanmoins des cas où la cause de la mort, fautive ou non est évidente. Le plus souvent le décès est lié à un état asphyxique ou syncopal, dont l'agent causal est retrouvé à l'autopsie quand il est de nature physique.

- la cause de la mort est APPARENTE; la faute est EVIDENTE
  - . oblitération de la voie aérienne par une prothèse dentaire ou une dent;
  - . oblitération de la voie aérienne par un corps étranger (compresse, ballonnet);
  - . obstruction des voies respiratoires par régurgitations;
  - . embolie gazeuse;
  - . perforation d'organe ou pneumothorax traumatique.

- la cause de la mort est APPARENTE, la faute est DISCUTABLE :
  - . atélectasie pulmonaire massive
  - . oedème de la glotte
  - . embolie pulmonaire
  - . infarctus du myocarde.

Il peut s'agir de l'intervention de facteurs étrangers à l'acte médical incriminé, ou du résultat d'un accident imprévisible; le décès est dû à un cas de force majeure.

- la cause de la mort est LATENTE : la relation de cause à effet ne peut être établie :

HUNT, étudiant les causes de la mort survenue en anesthésie générale constate que lorsque le décès survient pendant l'opération et que l'anesthésiste semble être en cause, rares sont les altérations pathologiques sur lesquelles on puisse baser l'opinion que l'anesthésie a été bien administrée, ou non.

En effet, on ne retrouve que des lésions de congestion diffuse, qui peuvent avoir une signification banale, agonique, ou des lésions d'asphyxie, plus ou moins intenses que confirme l'histopathologie.

Les recherches toxicologiques n'ont guère de valeur, les drogues étant rapidement éliminées ou métabolisées.

Ces considérations nous amènent à étudier l'administration de la preuve, et les règles de l'expertise.

III.- L'EXPERTISE MEDICO-LEGALE

A.- Définition, but et réalisation

1°) - Nécessités et intérêts de l'expertise :

Le juge, technicien du Droit, ne peut rechercher à lui seul la cause, la réalité et la conséquence du préjudice causé à un patient, découlant des suites d'une anesthésie générale défectueuse ou supposée telle.

S'il demeure seul compétent, d'une part, pour rechercher le responsable, en établissant l'existence d'un contrat de soins ou d'un lien de subordination d'où il découle une responsabilité professionnelle concurrente ou solidaire, d'autre part, pour sanctionner dans l'acte reproché au médecin une violation de la loi ou des règlements, il pourra difficilement établir :

- le fait humain :
c'est-à-dire, la légitimité et la licéité du comportement intellectuel et moral du médecin anesthésiste, en regard d'une part, avec les règles générales de la profession médicale, d'autre part, avec les impératifs techniques de la spécialité qu'est devenue la pratique de l'anesthésie.

- le fait matériel :
c'est-à-dire, l'existence des données médicales anormales et leur signification biologique.

Pour éclairer sa recherche de la vérité, il devra en complément, faire appel à "l'homme de l'art", à l'expert, auquel il demandera un avis technique, aux conclusions duquel, soulignons le, il ne demeurera nullement lié dans son appréciation définitive.

Mais en matière de responsabilité médicale, comme le rappelle le Président KORNPROBST, ces problèmes toujours délicats "ne sauraient être tranchés qu'avec beaucoup de circonspection et sur le fondement de conclusions indiscutables de la part des experts."

C'est dire l'intérêt de l'expertise médico-légale, en préjugeant de sa difficulté.

2°)-Difficultés de l'expertise médico-légale :

Comme l'a dit C. SIMONIN il y a 34 ans, dans sa leçon inaugurale :

"En Médecine, comme en Droit, le fait commande, le fait domine : les constatations matérielles sont à la base même des conclusions médico-légales."

Pourtant si un fait matériel "ne ment pas", il ne signifie rien, s'il n'est rattaché à sa cause. Les données concrètes du présent ne sont qu'un moyen pour établir les circonstances dans lesquelles, elles se sont produites. - Mais le plus souvent, (et c'est le cas de l'autopsie, comme nous le verrons), la cause provocatrice a disparu quand l'expert intervient. Elle n'est plus représentée que par ses effets.

"L'expertise vivifie les faits : elle se propose précisément

de les rétablir dans leur réalité, leur proportion, leur chronologie, leur enchaînement."

Un tel but peut-il être atteint, une telle synthèse est-elle possible?

L'expertise médico-légale peut-elle apporter à elle seule la "charge de la preuve" en matière de procès intenté à l'anesthésiste?

3°) - <u>But et réalisation de l'expertise</u> :

Telle est la question à laquelle nous nous proposons de répondre en examinant les moyens et les résultats de telles expertises, dans le cadre des juridictions pénales, civiles et administratives, et en étudiant chemin faisant les difficultés techniques et légales qui ne manquent de découler d'affaires aussi complexes quant aux faits et aux personnes.

La méthode de l'expertise, qui obéit à des règles générales, doit pour étudier des cas d'espèces s'adapter aux nécessités particulières de chacun d'eux.

L'expertise médico-légale en responsabilité professionnelle concernant un procès intenté à un médecin-anesthésiste exige un travail de synthèse comportant l'examen :

- des commémoratifs
- des manifestations cliniques
- des constatations anatomo-pathologiques
- des recherches toxicologiques.

L'interprétation critique de ces résultats permet de rattacher ou d'exclure les faits observés au comportement de l'anesthésiste, dont nous avons étudié les critères permettant de le qualifier de "fautif".

B.- La recherche du dommage
L'expertise médico-légale en justice pénale

Selon que le dommage sera à rechercher par la mise en évidence de la preuve indiciale sur le patient vivant ou mort, la procédure sera différente, et ses incidences engageront différemment le chirurgien ou l'anesthésiste.

L'expertise médico-légale aura pour objet l'autopsie de la victime, ou l'appréciation du dommage physique que présente le plaignant.

1°) - L'autopsie :

Deux cas sont à considérer suivant que le décès du malade a eu lieu en clinique privée ou en service public.

Clinique privée : Le patient est décédé au cours de l'anesthésie, ou avant le réveil. Le médecin, de bonne foie, a signé le certificat de décès. Mais la famille porte plainte, et le Procureur de la République, considérant qu'il s'agit d'une mort suspecte dans le cadre d'un flagrant délit, désigne par réquisition un expert (et un seul!) chargé de l'autopsie aux fins de déterminer la cause de la mort.

Au vu des conclusions de l'expert, le Procureur classe l'affaire sans suite, ou au contraire demande l'ouverture d'une information, confiée au Juge d'Instruction.

De telles autopsies, où le médecin-légiste ignore les commémoratifs, et ne peut orienter ses recherches, sont difficiles.

Il est souhaitable pour la bonne marche de la justice, que dès l'ouverture de l'information, le juge d'Instruction désigne deux experts et leur assigne une mission descriptive et complète dont les conclusions pourront être prises en connaissance de cause.

En effet, l'instruction (qui est obligatoire pour les crimes) est facultative en matière de délit ("coups et blessures involontaires, homicide involontaire") et le Parquet peut, en l'état actuel du Code de Procédure Pénale, poursuivre les médecins par voie de "citation directe". Le procès pourrait être ouvert sur les seules conclusions du rapport d'autopsie, et le problème médico-légal de la faute professionnelle devrait être abordé à l'audience publique sur des données incomplètes, provoquant des débâts suscitant de vives querelles médicales techniques, et des développements riches en apparentes contradictions.

L'instruction nous semble revêtir ici, comme dans tous les procès en responsabilité médicale, une importance capitale. Au vu et su d'un rapport d'autopsie, dont les résultats sont interprêtés selon les données de l'enquête, le juge d'Instruction peut prendre une ordonnance de non-lieu, relaxant l'anesthésiste, ce qui évitera en cas d'innocence, des débâts toujours fâcheusement mal interprétés par l'opinion publique.

Cadre hospitalier : Dans le cas du décès dans un établissement hospitalier public, la pratique de l'autopsie judiciaire pourra se heurter à des difficultés inhérentes aux habitudes des grands services hospitaliers et à la règlementation administrative. Difficultés liées également à la notion de secret professionnel dont la Cour de Cassation vient de donner au début de cette année une interprétation nouvelle, qui restreint le cadre "général et absolu" du secret médical.

Les faits peuvent se dérouler de la manière suivante.

La mort subite du malade survient au moment de l'anesthésie, pendant l'intervention chirurgicale, ou lors de la narcose résiduelle post-opératoire. Ce décès imprévu, inexpliqué, est considéré, de bonne foi, comme la conséquence possible d'un "accident" pathologique dont le mécanisme est appelé à être élucidé.

Le chef de service demande au service d'Anatomie Pathologique de pratiquer sans délai l'autopsie, en l'absence de consentement de la famille, comme il en a le droit au terme du décret du 20 octobre 1947.(+)

"Dans les établissements hospitaliers figurant sur une liste établie par le Ministre de la Santé Publique et de la Population, si le Médecin-chef de Service juge qu'un intérêt scientifique ou thérapeutique le demande, l'autopsie et les prélèvements pourront, même en l'absence d'autorisation de la famille être pratiqués sans délai..."

Une autopsie anatomo-pathologique est pratiquée.

Le Parquet, sur plainte de la famille demande l'ouverture d'une instruction et les médecins-légistes sont désignés pour pratiquer une autopsie médico-légale....!

Les difficultés sont de deux ordres :

- techniques
- légales.

Techniques :
car en effet, l'autopsie médico-légale diffère dans ses techni-

---

complétant le décret du 31 décembre 1941 "codifiant les textes relatifs aux opérations d'inhumation, d'exhumation, d'incinération et de transport de corps."

ques comme dans ses résultats de l'autopsie anatomo-pathologique. L'autopsie anatomo-pathologique est centrée sur la lésion pathologique par l'étude systématique des organes; l'autopsie médico-légale est centrée par la recherche de la preuve indiciale biologique, ensemble de faits mis en évidence par l'examen des caractéristiques extérieures du cadavre, des revêtements cutanés et musculaires, des lésions ou altérations des organes, des recherches toxicologiques sanguines, humorales et tissulaires

On conçoit aisément qu'une telle recherche puisse être effectuée valablement après le travail anatomo-pathologique. "On ne refait pas une autopsie."

Légales :

Ici se pose un problème, non résolu de manière définitive, celui du secret professionnel. Ce secret étant "général et absolu" et le "secret partagé" n'existant pas entre médecin, dans quelle mesure la justice peut-elle exiger la communication du protocole d'autopsie anatomo-pathologique au médecin-légiste.

La Cour de Cassation, dans son arrêt du 31 janvier 1963 vient de confirmer un arrêt de la Cour d'Appel de Douai, qui inaugure (en matière sociale, il est vrai) une thèse novatrice (et combien révolutionnaire!) tendant à restreindre singulièrement les limites de l'article 378 du Code Pénal sur le secret professionnel.

La Cour dans son arrêt du 28 septembre 1960, entend que communication soit faite à un expert commis par justice, d'un dossier médical d'un défunt, lorsque la famille du défunt sollicite ou autorise une révélation posthume dans son intérêt exclusif. Le secret médical trouverait son fondement dans

l'intérêt du malade et ensuite de sa famille, permettent à celle-ci d'autoriser la révélation posthume chaque fois que le besoin s'en fait impérieusement sentir.

Une telle solution n'a pas encore eu l'occasion d'être appliquée en matière pénale, mais lorsque l'on sait les difficultés auxquelles se heurte la justice lorsqu'on lui oppose le secret médical absolu, il n'est pas interdit de penser que l'arrêt de la Cour de Douai trouvera un jour peut-être une application dans le domaine du Droit Pénal.

Quoiqu'il en soit, l'anatomo-pathologiste hospitalier demeure fondé actuellement de garder entier le secret de ses constatations, vis-à-vis de la curiosité de la Justice et de ses experts.

2°) - Objet de l'autopsie :

Pour le médecin légiste, le cadavre du patient décédé des suites de l'anesthésie, est un "témoin muet" qui porte sur la peau, dans les tissus, ou dans les viscères, les traces externes ou internes des faits qui ont précédé et provoqué la mort.

Il convient de ce fait de procéder :

- à la prospection du corps
- à l'ouverture du corps, et à l'examen des viscères
- aux prélèvements toxicologiques et histologiques.

- La prospection du corps :

c'est-à-dire l'examen externe, doit être attentive et complète, et rechercher :

a) les signes de syncope : et surtout de syncope "anoxique" ou syncope bleue, apparaissant au moment du décès, et amplifiés singulièrement après la mort;

- teinte bleue ardoisée des pavillons auriculaires (pouvant intéresser toute la face et s'étendre en "pélerine" des ongles des mains surtout, des conjonctives, des lèvres;
- lividités très étendues et foncées, traduisant les difficultés de l'hématose;
- congestion périphérique : congestion intense des conjonctives, petit piqueté hémorragique superficiel, siégeant électivement au niveau des épaules ou au contraire de syncope, dite "blanche" due à une inhibition réflexe :
- pâleur cireuse du cadavre, contrastant avec les lividités rosâtres
- décoloration inhabituelle des muqueuses et des conjonctives.

b) les traces objectives : plaies et ecchymoses (que l'on ne saurait appeler ici "les signes de violence") et qui sont le résultat constant de manipulations opératoires :

- existence ou absence de plaies opératoires
- plaies de dénudation veineuse, ou plaies opératoires de massage cardiaque;
- traces ecchymotiques d'injection et trajet de celles-ci;
- infiltrations sanguines et ecchymoses, toujours insoupçonnées à l'examen extérieur, et qu'il faut rechercher des incisions exploratrices :
- au niveau de la cavité nasale et buccale : trace du masque mal appliqué, ecchymose profonde de la lèvre (surtout la lèvre inférieure);

- au niveau de la région sternale : correspondant à un massage cardiaque à thorax fermé. Ce sont des infiltrations musculaires souvent linéaires, interfasciculaires, ou au contraire confluentes, peu intenses, mais visibles; accompagnant parfois une complication telles des fractures costales ou une hémorragie importante d'un vaisseau mammaire ou intercostal;
- au niveau des membres et des zones de contention : toujours très discrètes et inconstantes, traces éventuelles des courroies de maintien.

c) les lividités :

qui apparaissent au bout de 3 à 5 heures, ne peuvent être significatives de la position du corps sur la table au moment de l'opération; celui-ci étant remis en décubitus dorsal après le décès, les lividités siègent aux parties déclives;

d) les caractéristiques des orifices naturels :
surtout les yeux, les orifices nasales, la bouche :

- les yeux, où la position des pupilles est caractéristique du plan de l'anesthésie, ou d'une intoxication, ou au contraire banale;

- la cavité buccale : où l'on relève (en-dehors des traces déjà signalées) l'état dentaire : prothèse, absence de prothèse, fracture dentaire, la position et l'état de la langue;

- les orifices du nez : qui peuvent être obstrués (cas rares) par une cause naturelle (polypose etc...) ou artificiels (corps étrangers), ou être à l'origine d'une épistaxis aspirée, point de départ possible d'une mort réflexe.

e) les altérations de la région du cou :

la dissection du cou, systématique et plan par plan est indispensable dans toutes les autopsies (il ne saurait être évidemment question de strangulation) et revêt ici un intérêt particulier; elle explore d'une part le système carotidien et le glomus où l'on peut trouver des lésions pathologiques (athérome, calcification, thrombose) qui sont à l'origine de syncopes réflexes; d'autre part, le plan vertébral où l'on pourra trouver des traces de fractures ou luxation.

f) l'oedème des membres inférieurs :

traduit ou non par un "godet", surtout mis en évidence par la mensuration comparative des périmètres musculaires (GERY) et complété par la dissection des vaisseaux où l'on peut retrouver des thromboses latentes, point de départ de processus emboliques.

- L'ouverture du corps :

de la cavité thoraco-abdominale et cranienne et l'examen anatomo-pathologique des viscères, est conforme à la technique anatomo-pathologique, mais le coeur et l'estomac seront prélevés sous ligature pour rechercher l'embolie gazeuse et le contenu gastrique et les artères pulmonaires et les pédicules soigneusement explorés à la pince. On notera, abstraction faite de l'odeur aromatique de certains anesthésiques, trois grandes catégories de modifications ou d'altérations pathologiques viscérales (embolie gazeuse);

a) l'existence d'un syndrome asphyxique : dont les lésions banales, non spécifiques sont plus ou moins marquées :

- teinte cyanotique des muqueuses : trachéale (souvent violemment congestionnée, surtout par l'éther), oesophagienne, etc...
- poumons lourds, volumineux, rouge sombre, spume, oedème, avec foyers hémorragiques, placards d'emphysème aigu, taches de Tardieu;
- piqueté hémorragique des muqueuses;
- sang épais noirâtre;
- foie, rate, reins "de stase passive";
- congestion et oedème cérébral;
- la cause est parfois retrouvée : obstruction glottique, obstruction trachéale par corps étrangers (dent, prothèse, ballonnet, régurgitations alimentaires, et même paquet d'ascaris).

b) l'existence d'une complication due à l'action de l'anesthésie

- les signes d'irritation muqueuse au niveau de la trachée sont banaux et constants;
- hépato-néphrite toxique (dans les morts retardées)
- lésions traumatiques : étendues, suite d'explosion accidentelle ou circonscrite exceptionnelle mais décrite : rupture traumatique instrumentale de la membrane trachéale, accident de l'intubation (PRIEST), ou fissure de la trachée par distension du gonflement excessif du ballonnet (COUNIOT);
- l'oedème sousglottique : plus fréquent chez l'enfant;

- complication d'un massage thoracique externe : fracture multicostale, hémopéricarde ou pneumothorax, embolie pulmonaire due à la mobilisation de la moelle osseuse, embrochement du foie et déchirures et éclatement en regard du rachis et des ligaments hépatiques (HINGLAIS et collaborateurs).

c) l'existence d'un état pathologique

qui peut être la cause déterminante du décès, ou une altération pathologique du terrain suffisante pour expliquer celle-ci; on ne saurait décrire toutes les éventualités pathologiques possibles, mais indiquer seulement les principaux phénomènes observés :

- cause déterminante :

- hémorragie cérébro-méningée
- embolie pulmonaire
- lésions coronariennes : occlusion
- embolie gazeuse (due à un traumatisme antérieur : déchirure pleurale ou traumatisme de la trachée);

- altération du terrain, compliquée par l'intervention

- insuffisance surrénalienne aiguë (cf. un sujet dont les deux surrénales étaient envahies par des métastases cancéreuses);
- rupture de l'aorte ou d'un anévrysme à l'induction (rupture de l'aorte dans un oesophage cancéreux);
- myocardite ou hépatite latente, insoupçonnées etc...

- Les prélèvements et recherches complémentaires

a) Histologiques :

Deux sortes de prélèvements sont à pratiquer : les lésions traumatiques instrumentales ou non (plaies, fissures, contusions, fractures); les parenchymes pathologiques ou non, seront systématiquement prélevés dans du formol à 10 %.

- les lésions traumatiques
et surtout les plaies internes doivent être examinées afin de déterminer si elles ont les caractères "vitaux" des plaies, et leur chronologie (caractère du conjonctif, hémorragie microscopique, leucocytose traumatique);

- lésions pathologiques
permettent de confirmer le diagnostic macroscopique ou de mettre en évidence des lésions graves, mais suffisantes pour expliquer le décès; parmi ces lésions histologiques, il faut citer le syndrome d'adaptation de SELYE". Comme l'a montré L. FRUHLING et ses collaborateurs (Annales d'Anatomie Pathologique, T. 4, 1959, p.515-540), l'aspect histologique de ces lésions rencontrées chez l'homme et particulièrement chez le jeune enfant, lésions

- dont la résultante est la mort, se superpose assez exactement à celui des modifications tissulaires décrites au cours de la réaction d'alarme expérimentale. Elles se trouveront :

- au niveau des organes adénoïdes,
thymus, rate, ganglions lymphatiques, qui présentent un degré de nécrose des éléments lymphoïdes pouvant aboutir à l'homogénéisation de la structure adénoïde;

- au niveau du tube digestif :
  dont la muqueuse est parsemée de petites érosions gastro-intestinales, raptus hémorragique du bouquet capillaire avec hémorragie sous-muqueuse;
- au niveau des surrénales :
  des lésions de degré varié, allant de l'hypofonctionnement caractérisé par la vidange simple du cortex, à la dégénérescence de la surrénale avec hémorragie microscopique.

En dehors du syndrome d'adaptation, il est souhaitable de rechercher systématiquement :

- l'embolie médullaire (graisseuse ou mégacariocytaire) ou artérielle, souvent insoupçonnée, et qui n'apparaît que par la coloration élective des graisses sur des prélèvements pulmonaires systématiques; ces prélèvements mettent quelquefois en évidence l'existence d'un thrombus artériel embolique;
- la pathologie du coeur :
  et parmi ses altérations, l'apoplexie séreuse du myocarde, et les myocardites virales.

b) <u>Toxicologiques</u> :

- en dehors des fragments de viscères destinés au broyage en vue de la recherche des toxiques tissulaires, il faut prélever du sang et des "humeurs",
- le sang : sera prélevé, comme pour le dosage de l'alcoolémie, au niveau des vaisseaux fémoraux;
- les humeurs : sont en dehors du contenu gastrique (qui peut contenir de l'anesthésique, résultat d'une fausse route oesophagienne), l'urine, le liquide céphalo-rachidien;

la bile et l'humeur aqueuse présentant un intérêt moindre.

Ces prélèvements permettent deux ordres d'analyses :

- qualitative : par la mise en évidence d'une substance anesthésique au niveau de l'organisme;
- quantitative : par le dosage éventuel de certains anesthésiques, surtout les substances volatiles (éther chloroforme) et les barbituriques (penthiobarbital), les gaz se combinant peu avec le sang, qui leur sert de véhicule, doivent être recherchés par la volumétrie, technique aléatoire dont les résultats sont toujours discutables.

3°) - Résultats de l'autopsie :

L'autopsie permet de mettre en évidence la cause de la mort, mais ne saurait à elle seule caractériser la nature judiciaire de la mort : accident fautif ou non.

Au contraire de l'anatomo-pathologiste, qui se borne à décrire et situer les lésions trouvées, le médecin-légiste doit discuter les résultats de ses investigations, en fonction des commémoratifs, et des questions posées dans le cadre de la mission qui lui est impartie.

Or l'autopsie révèle :

- une cause physique :

une mort par asphyxie, l'obstacle respiratoire étant trouvé in situ; une mort par traumatique: perforation de la trachée, fausse route traumatisante de l'oesophage etc..., ou complication du massage cardiaque, ou d'une manipulation intempestive.

Ce sont les cas simples, sans ambiguïté, dont l'observation est exceptionnelle;

- une cause pathologique :
- incidence pathologique intercurrente : embolie, occlusion coronarienne etc...

Ce sont des cas médicalement évidents, mais juridiquement toujours discutables, et dont l'imputabilité à un responsable ne saurait être admise sans une argumentation médico-légale complète, devant obligatoirement tenir compte de tous les commémoratifs, en particulier du contexte clinique précis.

- une cause physiopathologique :

les effets physio-pathologiques invisibles se traduisent par des réactions organiques par excès, ou par défaut

- syndrome asphyxique banal, non spécifique
- syndrome d'adaptation banal, non spécifique
- les altérations pathologiques à peine ébauchées (syncope "blanche" par inhibition).

Le tableau anatomo-pathologique n'apporte pas la cause véritable du décès; il n'est qu'un élément dont la valeur doit être interprétée; c'est l'immense majorité des cas.

Il faut faire appel à la toxicologie dont les résultats en matière d'anesthésie sont en l'état actuel de nos connaissances insuffisants;
car :

- les méthodes de dosage sont peu spécifiques dans leur application: les drogues sont partiellement métabolisées ou décomposées ou le dosage est faussé par un facteur étranger (alcoolémie préexistante lors d'une opération d'urgence);

- le résultat du dosage est peu significatif, car il doit être ramené au poids du sujet :

"si la teneur en anesthésique détermine la fixation du poison, elle ne mesure pas l'intensité de l'intoxication" (NICLOUX).

- les taux d'anesthésiques gazeux (qui doivent être recherchés par volumétrie) retrouvés dans le sang de sujets décédés en narcose, peuvent être importants (45 % pour le cyclopropane), mais il faut que le sujet ait cessé toute ventilation active ou passive;

- tous les coefficients d'empoisonnement théorique, quand ils sont à la limite du surdosage, doivent être interprétés, en fonction de la susceptibilité individuelle du sujet, ce qui est la plupart du temps impossible.

Dans tous les cas, le diagnostic médico-légal de la mort par anesthésie ne peut être établi (et encore seulement EXCEPTIONNELLEMENT) "que par un ensemble de faits, véritable faisceau de preuves relatives, en faveur de présomptions graves, précises et concordantes (C. SIMONIN).

4°) - L'expertise du dommage physique :

Le domaine de cette expertise est si vaste, les troubles présentés ou allégués par le malade peuvent être si variés, que l'on ne saurait les examiner en détails.

Ces expertises, (dont les seuls cas simples sont ceux de troubles consécutifs à des injections médicamenteuses fautives) portent à la fois sur l'appréciation du dommage physique et sur la responsabilité professionnelle du médecin.

Cette procédure, si inhabituelle et particulière, peut et doit (à notre avis) faire l'objet d'une expertise collégiale. Trois experts :

- un chirurgien
- un anesthésiste
- un médecin-légiste

seront désignés par ordonnance du juge d'instruction.

Pour remplir leur mission

- la mise en évidence du dommage
- la recherche du comportement fautif
- et la relation de cause à effet, ils doivent,

- demander la communication de la procédure, étudier les faits, les déclarations du plaignant, celles du médecin, les témoignages;

- examiner la victime, rechercher si le dommage physique est réel, apprécier les durée et taux de l'incapacité totale et partielle;

- dire si l'infirmité provient par origine ou aggravation de l'acte anesthésique incriminé;

- dire si cet acte anesthésique revêt un aspect normal et habituel; ou si son indication et son exécution permettent de relever l'existence d'une faute professionnelle;

- et souvent, comme l'ajoute le magistrat instructeur, "faire toute constatation médicale susceptible d'éclairer la juridiction de jugement"!

Signalons que le Code de Procédure Pénale permettra aux experts, s'ils le jugent utile et sous contrôle du juge d'instruction, d'interroger l'anesthésiste inculpé, et de faire état de ses déclarations.

Cette mesure est très utile, car elle donne l'occasion d'explications techniques souvent indispensables que l'on ne trouve pas (ou mal) dans les interrogations de la procédure, et permet de rechercher le second élément indispensable, que nous allons étudier à présent : le comportement fautif.

C.- La recherche de la faute : le comportement fautif

Il est indispensable pour rattacher ou exclure le dommage physique à l'acte médical, à l'anesthésie générale, de connaître toutes les circonstances exactes de l'anesthésie, que l'acte incriminé ait précédé, ou suivi l'intervention chirurgicale.

Au vu et su de la procédure, (enquête apportant des faits chronologiques quelquefois contradictoires, et des témoignages souvent divergents), il s'agira pour les experts, car la collégialité nous paraît de rigueur, compte tenu des règles particulières, techniques de la spécialité, et générales de la profession médicale, d'apprécier le comportement d'un confrère.

L'objectivité la plus stricte doit inspirer la recherche de la faute professionnelle dont il est demandé réparation.

De même que les juges n'ont point qualité pour apprécier les théories médicales, les experts doivent s'abstenir de qualifier juridiquement un acte médical, pouvant être une faute délictuelle, quasi délictuelle (dont l'élément est équivalent comme par exemple la maladresse pénale et le défaut d'adresse civil), contractuelle ou administrative.

Le plus souvent d'ailleurs, l'acte médical a reçu sa qualification judiciaire, selon la qualité et la compétence de la

juridiction qui a été saisie et qui a désigné les experts.

Ainsi, l'expertise pourra établir que les conséquences de l'anesthésie relèvent de trois sortes de "faits humains", tous fautifs, et pouvant s'interpénétrer :

- fait d'action
- fait d'omission
- fait d'autrui (de personnel).

Inversement, l'expertise pourra établir que le dommage est le résultat d'une erreur médicale, certes, mais d'une "erreur non fautive" dont on sait qu'elle n'engage pas le médecin qui en est l'auteur.

1°) - Faits d'action :

Ce sont la maladresse, l'imprudence, le défaut d'adresse, le défaut de précaution;

- la maladresse (ou le défaut d'adresse)
est évidente pour tous les actes techniques erronés : fausse route d'intubation, bris d'une dent, tous traumatismes aberrants de l'anesthésie.

- l'imprudence (ou le défaut de précaution)
peut être considérée comme à la base de toute erreur fautive d'indication anesthésique.

2°) - Faits d'omission :

Ce sont sur le plan général la négligence et l'inobservation des règlements, sur le plan civil toutes les attitudes de comportement définies par la jurisprudence : méprise grossière,

ignorance de ce que l'on doit savoir, oubli du devoir professionnel.

- négligence :
consistant en l'absence d'examen préopératoire, général et local (examen des veines du sujet avant l'intervention).

- inobservation des règlements :
comme l'absence de vérification préopérations du matériel technique;

- ignorance de ce que l'on doit savoir :
c'est l'erreur fautive et la méprise grossière, fonction de l'esprit routinier et de l'absence de conscience professionnelle conduisant au manque personnel de qualification.

- oubli du devoir professionnel :
faute déontologique et technique comportant la poursuite d'un acte médical défectueux, au mépris des protestations du malade, au lieu de pratiquer d'urgence la thérapeutique indispensable pour éviter le dommage physique résultant nécessairement de cet acte.

L'ensemble de ces fautes a été parfaitement analysé dans un jugement du Tribunal Correctionnel de Nice du 9 mai 1961, jugement remarquablement rédigé par un éminent magistrat bien connu (ou qui devrait l'être!!) des médecins par son admirable traité sur la responsabilité des médecins.

Ce jugement est rapporté intégralement en annexe.

3°) - Fait d'autrui :

qui exclut la responsabilité pénale personnelle, mais pouvant être qualifiée "d'inobservation des règlements" et s'adressant surtout au chirurgien ou à l'anesthésiste chef d'équipe, engage sa responsabilité civile.

Il s'agit là d'une "OBLIGATION DE CONTROLE ET DE SURVEILLANCE" des personnes sur lesquelles on a autorité.

C'est en fonction du décret du 27 décembre 1960, l'obligation absolue pour tout médecin, de pouvoir contrôler, et intervenir directement et personnellement, lorsque l'anesthésie générale est effectuée par des auxiliaires médicaux.

Cette obligation a été consacrée par le Jugement du Tribunal administratif de Nancy en date du 6 février 1963, dont le texte intégral figure également en annexe.

o
o o

A "l'obligation de soins" se superpose en matière d'anesthésie générale une "OBLIGATION DE SECURITE".

Nous nous bornerons à citer rapidement les particularités de procédure en justice civile, et en justice administrative, le fond de l'expertise relevant des règles générales précédemment énoncées.

D.- L'expertise en justice civile (+)

Il s'agit là de responsabilité quasi délictuelle, dont les éléments (qui sont analogues à ceux de la faute pénale), ou contractuelle ont été reconnus et qualifiés lors des débats, et énoncés souvent dans le jugement (sauf lorsque l'expertise est ordonnée "avant de dire droit").

La responsabilité professionnelle due au quasi délit, ou à l'inexécution du contrat, ne sont plus à rechercher, et les experts apprécient le dommage physique.

Cette expertise étant contradictoire, c'est-à-dire, que les deux parties justiciables sont représentées, les experts convoqueront non pas l'anesthésiste, mais le médecin de la Compagnie d'Assurances engagée, auprès de laquelle l'anesthésiste est assuré.

E.- L'expertise en justice administrative : (+)

Nous avons vu que la faute professionnelle, en justice administrative, est subordonnée à l'existence :

(+) Toutes les expertises peuvent être faites sur dossier (expertises "sur pièces").

- soit d'une "faute de service", dont l'administration prend à sa charge la réparation (versement au plaignant de dommages et intérêts);
- soit d'une "faute lourde détachable du service", souvent faute pénale délictuelle, engageant la responsabilité personnelle de l'anesthésiste.

Il sera demandé aux experts de rechercher le dommage, la faute professionnelle (abstraction faite de toute qualification) la relation de cause à effet, et l'appréciation du dommage.

La qualification de la faute, comme "le défaut de fonctionnement du service public" sont de la seule compétence du juge administratif qui a ordonné l'expertise.

o
o o

En conclusion, il faut souligner les difficultés de l'expertise médico-légale des accidents de l'anesthésie générale.

En dehors des difficultés d'ordre technique ou légal, auxquelles elle peut se heurter, surtout en matière d'autopsie, l'expertise médico-légale doit résoudre le mieux possible 3 sortes de problèmes :

- la cause exacte de la mort : en fonction de l'anesthésie, de l'acte opératoire, du terrain du malade;
- la recherche de la faute : caractère fautif du geste anesthésique néfaste (faute de technique) ou caractère fautif du comportement médical (faute d'indication);

- dissociation des responsabilités respectives : du chirurgien ou de l'anesthésiste, à partir de la conséquence d'un acte solidaire : l'intervention chirurgicale.

L'avis de l'expert, certes, ne lie pas le juge.

Mais ce sont des expertises médico-légales indiscutables qui sont à l'origine des décisions de justice.

Lourde est la tâche de l'expert, et souvent grand son embarras. Ses conclusions devront faire état de tous les éléments et son argumentation complète devra mentionner la recherche et la relation de faits analogues, ou au contraire souligner le caractère exceptionnel du problème posé.

L'expertise médico-légale en responsabilité professionnelle de l'anesthésiste nous apparaît actuellement comme une des plus difficiles qui soient.

Ces expertises doivent être confiées exclusivement à des experts qualifiés, car la Médecine légale, qui ne s'improvise pas, est, et demeure elle aussi, un art auquel s'applique cette pensée de RENE LERICHE :

"Je veux simplement dire que notre art est difficile et c'est tout justement parce qu'il est difficile que le devoir humaniste veut que nous apportions à chacune de nos décisions une attention extrême."

- C O N C L U S I O N S -

1.- Les accidents d'anesthésie peuvent résulter d'un acte médical défectueux. Si l'anesthésie révèle un acte fautif, celui-ci engage la responsabilité de son auteur, sous réserve que soit remplie la triple condition médico-légale de l'existence :

- d'un dommage, - d'une faute, - d'une relation de cause à effet.

2.- Ainsi, les accidents de l'anesthésie générale, au point de vue médico-légal posent un triple problème :

- médical : c'est-à-dire l'étude du dommage physique dû à l'aggravation du risque anesthésique;
- juridique : c'est-à-dire problème de la faute professionnelle de l'anesthésiste;
- médico-légal : c'est-à-dire étude de la relation de cause à effet entre le dommage et la faute professionnelle engageant la responsabilité de l'anesthésiste.

3.- Le dommage corporel est fonction du risque anesthésique et du risque opératoire; il peut être dû à l'aggravation du risque physio-pathologique variable selon l'état même du malade et la nature de l'intervention chirurgicale. Le dommage peut être dû exclusivement à l'aggravation du risque anesthésique et consiste alors en dommage physique partiel, ou en décès peranesthésique. Il demeure cependant dans certains cas la possibilité non pas d'un accident d'anesthésie, mais d'un cas de force majeure aboutissant à la mort imprévisible et inexplicable.

4.- La faute professionnelle en matière d'anesthésie générale apparaît différemment dans le cadre de la responsabilité

civile, qu'elle soit quasi-délictuelle ou contractuelle. La responsabilité administrative obéit à des règles particulières inhérentes aux statuts de l'anesthésiste.

5.- L'analyse de la jurisprudence de 1852 à 1963 comportant l'étude de 15 affaires judiciaires, dont 2 ont été sanctionnées par les 3 degrés de la juridiction, démontre clairement la nature de la responsabilité professionnelle de l'anesthésiste et son étendue. Il apparaît nettement que les tribunaux s'orientent vers la responsabilité individuelle des membres de l'équipe chirurgicale, en pratique privée; en matière de santé publique, la responsabilité demeurant le fait du chef d'équipe, chirurgien ou anesthésiste, ou du chef de service.

6.- Le problème médico-légal de la relation de cause à effet entre le dommage subi par le patient et l'accident d'anesthésie relevant d'une faute professionnelle ne peut être résolu que par une expertise médico-légale où la collégialité paraît de rigueur. L'expertise est en effet indispensable pour l'administration de la preuve devant les juridictions compétentes.

7.- L'expertise médico-légale est différente dans son but comme dans sa méthode suivant qu'elle est ordonnée par des juridictions pénales, civiles ou administratives.

8.- L'expertise médico-légale en justice pénale peut avoir pour objet une autopsie médico-légale qui se heurte à un certain nombre de difficultés techniques et légales, ou une expertise du dommage physique. Il est en outre demandé à l'expert de rechercher le comportement fautif de l'anesthésiste inculpé.

9.- Le comportement fautif relève de faits d'action, de faits d'omission, ou éventuellement en justice civile ou administrative du fait d'autrui.

La jurisprudence a mis en évidence la qualification des éléments de la faute professionnelle en matière d'anesthésie.

10.- Le médecin anesthésiste a vis-à-vis du malade, non seulement, dans le cadre du contrat de soins, "une obligation de moyen, et non de résultat", mais également, semble-t-il "une obligation de sécurité."

11.- Le but du présent travail est d'éclairer les anesthésistes sur les dangers évitables du risque anesthésique, et les experts sur la méthodologie des expertises en responsabilité professionnelle qui demeurent parmi les plus délicates, les plus difficiles et les plus lourdes de conséquence.

Vu :
Strasbourg, le 27 Mai 1963

LE PRESIDENT DE THESE

signé : A.-J. CHAUMONT

Vu :
Strasbourg, le 27 Mai 1963

LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE

signé : R. FONTAINE

Vu et Permis d'Imprimer
Strasbourg, le 28 Mai 1963

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE
PRESIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITE

signé : J.F. ANGELLOZ

- B I B L I O G R A P H I E -

(1) ALFIERI (R.)
"Les explosions anesthésiques"
Acta Anesth. 7, (1958) p.239-254.

(2) AMIOT (L.)
"Incidents et accidents de l'anesthésie moderne. Prophylaxie, Diagnostic, conduite à tenir."
Acta Anesth. 4, (1956) p.179-188.

(3) AMY (L.)
"Risque d'explosion dans les blocs opératoires".
Anesth. Anal. Réan. 18, (1961), p.573-588.

(4) BAHUET R.
"L'anesthésie des cardiaques enceintes."
Semaine des Hôpitaux, 31e, 64, p.3385-3386.

(5) BANDALME
"L'anesthésie générale de la responsabilité médico-chirurgicale."
Thèse Médecine, Montpellier, 1906.

(6) BAUMANN J.
"L'arrêt cardiaque. La réanimation cardiaque"
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Anesthésie 36410 A10, p.1.

(7) BAUMANN (J.)
"Sur le risque anesthésique".
Mém. Acad. Chir. 81, (1955), p.937-940.

(8) BAUMANN J.
"Pathologie iatrogène, pathologie insolite et risques anesthésiques."
Acta de l'Institut d'Anestiologie, X, (1961) N°5, p.28.

(9) BAYLISS R.I.S.
"Surgical collapse during and after corticosteroid therapy."
Brit. Med. J. 11, (1958), p.935-936.

(10) BEECHER (H.K.) et TODD (D.P.)
"A study of the death associated with anaesthesia and surgery."
Ann. Surg. 140, (1954), p.2-35.

(11) BERARD (M.), MARET (G.)
"Les accidents d'ordre anesthésique au cours des interventions à thorax ouvert."
Lyon Chir. 49, (1954), p.109-119.

(12) BEWES (P.C.)
"Danger od air embolism in High Pressure Blood - Transfusions."
Lancet, 25, (1961), p.429-430.

(13) BRODOWSKY (R.)
"Le risque anesthésique en chirurgie d'urgence."
Cahiers Anesth. 6, (1959), p.361-378.

(14) BROUARDEL P.
"La responsabilité médicale"
Baillière et fils, 1898.

(15) BRUGEROLLE J.
"Essai d'individualisation des préparations de curare actuellement employées en clinique chirurgicale."
Thèse Médecine, Paris,1954.

(16) CHASSAVANT (D.)
"Responsabilité médicale dans l'emploi des anesthésiques."
Bull. de Soc. de Méd. Lég., Paris, 1906.

(17) CHOPIN (J.) et MAROGER (M.)
"L'anesthésiologie au sein de la profession médicale. Problèmes déontologiques. Rapport au 9ème Congrès français d'anesthésiologie."
Anesth. Européenne, 4, (1958), p.8 - 24.

(18) COCQ (M.)
"Des embolies pulmonaires mortelles par anesthésie; essai sur leur diagnostic, leur pathogénie et leur thérapeutique."
Thèse Médecine, Paris, 1955.

(19) COLLINS (V.J.)
"Fatalities in anaesthesia and surgery."
J.A.M.A. 172, (1960), p.549-555.

(20) CRISTOL (J.)
"Les accidents circulatoires au cours de l'anesthésie à l'éther."
Cahiers Anesth. 7, (1960), p.595-605.

(21) CRIVDA (S.), DUMITRIU (P.), GEORGESCO (D.)
"Accidents anesthésiques dus à la migration d'ascaris."
Presse Méd. 70, (1962), p.219.

(22) DALMIER J.
"Problèmes posés par l'anesthésie au cours des greffes vertébrales."
Thèse Médecine, Toulouse, 1955.

(23) DELAHAYE (G.)
"Techniques d'anesthésie par inhalation chez l'enfant. Leur valeur respective."
Presse Méd. 59, (1951), p.541-542.

(24) DELEGUE (L.) SEGAUX(S.)
"Accidents per-opératoires mortels en chirurgie infantile."
Anesth. Anal. Réan. 14, (1957), p.115-119.

(25) DEROBERT(L.)
"Intoxications et Maladies Professionnelles".
Editions Flammarion, Paris, 1958.

(26) DEROBERT(L.)
"L'évolution du concept de la responsabilité médicale à la lumière de la jurisprudence française."
Revue Médicale de Liège, 1958, N°15, p.497-507.

(27)DEROBERT (L.), GUENIOT (M.) et QUICHAUD (J.)
"La responsabilité du médecin dans l'acte thérapeutique."
Annales de Méd. Légale, 1959, p.130-141.

(28) DORGAN (M.)
"L'anesthésie générale à l'eunarcon".
Thèse Médecine, Toulouse, 1939.

(29) DOUTRIAUX (J.)
"Utilisation des drogues nouvelles par l'anesthésiologiste. Problèmes moraux et juridiques."
Anesth. Anal. Réan. 15, (1958), p.994-999.

(30) DOUTRIAUX (J.)
"Les poisons curarisants diminuent-ils le risque anesthésique."
Acta Anaesth. Belg. 9, (1958), p.175-186.

(31) DUBOST (Cl., MATHIEU (J.)
"Rupture de la trachée thoracique et des deux bronches par explosion anesthésique.
Mém. Acad. Chir. Paris, 83, (1957), p.715-725.

(32) DU BOUCHET (N.), LE BRIGAND (J.)
"Anesthésie"
Edit. Médicales Flammarion, Paris, 1957.

(33) DURANTEAU (A. & M.)
"Le risque en anesthésie."
Rev. prat. 5, (1955), p.1637-1646.

(34) EISSEN & TOURDES
"Le procès Simon, mort par anesthésie"
Gaz. Méd. Strasbourg, 1852.

(35) ENDERLE P.
"Les responsabilités pénales et civiles dans la pratique de l'anesthésiologie".
Acta Anesthésiologica Belgica", N°6, 1958, p.9-23.

(36) EDWARDS (G.), MORTON (H.T.V.)
"Deaths associated with Anaesthesia.
Anaesthesia 2, (1956), p.194-220.

(37) FAURE (Ch.)
"Les paralysies du plexus brachial.
Anesth. Anal. Réan. 7, (1950), p.380-382.

(38) FEVRE, PELLERIN, DELEGUE
"Arrêts cardiaques au cours de l'anesthésie en chir. infantile."
Mém. Acad. Chir. 82, (1956) p.129-132.

(39) FONTAINE R.
"Les responsabilités dans l'équipe chirurgicale en pratique de ville."
Anesthésiologie, Bull. Syndic. Nat. Anesthésiologistes Français, 1955, N°10, p.29.

(40) FONTAINE R.
"Le médecin-anesthésiste est-il tenu à une obligation de résultat?"
Presse Médicale, 1957, T.65, Suppl. N°34, p.165.

(41) FONTAINE (R.)
"Chirurgien, médecin-anesthésiste et contrat médical."
Presse Méd. Suppl. 66, (1958), p.405-406.

(42) FONTAINE (R.)
"Problèmes médico-légaux de l'anesthésie."
Acta Anesth. 10, (1961), p.167-179.

(43) GAY-DUBIE (V.)
"L'anoxie - Aspect physio-pathologique - Ses incidences en anesthésie."
Thèse Médecine Toulouse, (1953), p.46-116.

(44) GOLDBLAT (A.)
"Accidents de l'hypotension contrôlée."
Acta Anaesth. Belg. 6, (1955), p.14-31.

(45) GREIFENSTEIN (F.E.), TOFANY (V.F.)
"L'anesthésie en chirurgie traumatique."
Thes Surgical Clinics of North America, 1953, vol. 33, N°4, p.1207-1213.

(46) JODIN (R.)
"La pratique de l'anesthésie."
Concours Médical, 25, (1961), p.1767-1770.

(47) JUSTIN-BESANÇON, PEQUIGNOT (H.), ETIENNE (J.P.)
"Les hypothermies accidentelles profondes chez l'adulte."
Semaine des Hôpitaux, Paris, 34, N°2 (1958), p.69-83.

(48) KEATING (A.)
"Anaesthetic accidents"
Lloyd luke 170, London, (1956)

(49) KIENY-MEYER(M.Th.)
"A propos de la réanimation cardiaque par massage thoracique externe".
Thèse Médecine, Strasbourg, 1962.

(50) KORNPROBST(L.)
"Responsabilités du médecin devant la loi et la jurisprudence française".
Editions Médicales Flammarion, Paris, 1957, p.717-743.

(51) KORNPROBST(L.), DELPHIN(S.)
"Contrats de soins médicaux".
Sirey, 1960, p.138-145.

(52) KOURIAS (B.)
"Pour réduire le risque opératoire chez les âgés."
Presse Méd. 63, (1955), p.1704-1705.

(53) LABORIT (H.), KUNLIN (J.)
"Mécanismes et prévention des accidents mortels per-opératoires."
Anesth. Anal. Réan. 14, (1957), p.64-80.

(54) LACOMBE (J.P.)
"Application à l'anesthésie générale de certaines propriétés du bromure de N-Butyl-Hyoscine."
Thèse de Paris, 1958.

(55) LAMBRECHTS (A.) & BOEVER-MARESCHAL (A.)
"Physiologie propre de la respiration chez le foetus, le nouveau-né et le prématuré."
Brit. Med. J. II, (1958), p.935-936.

(56) LAREN Mc, RUESCH
"Continuing hazard of air embolism during pressure transfusion.
J.A.M.A. 172, (1960), p.1476-1482.

(57) LARENG (L.)
"Anoxie cérébrale per-opératoire."
Cahiers Anesth. 9, (1962), p.421-450.

(58) LAVALLE (J.P.)
"Le Fluothane et ses incompatibilités."
L'Union Médicale du Canada, 91, (1962), p.174-178.

(59) LAWSON (J.I.)
"Cardiac arrest following the administration of néostigmine."
Brit. J. of Anaesth. 28, (1956), p.336-337.

(60) LE BRIGAND (H.)
"Les risques de l'anesthésie moderne."
Mém. Acad. Chir. 82, (1956), p.315-323.

(61) LENFANT (Cl.)
"Physiologie respiratoire et anesthésie."
Anesthésie-Réanimation.
Edit. Méd. Flammarion, Paris, (1957), p.112-130.

(62) LERICHE (R.)
"La chirurgie discipline de la connaissance".
La Diane française Edit. 1939.

(63) MARCOUX (F.)
"Le médecin face à la justice. La justice pénale."
Strasbourg Médical, 1960, p.764.

(64) MARCOUX (F.)
"La responsabilité professionnelle du médecin-expert."
Semaine des Hôpitaux (à paraître)

(65) MARCOUX (F.)
"Risque et faute professionnelle en anesthésie".
à paraître.

(66) MARCOUX (F.)
"La législation des autopsies."
Strasbourg Médical (à paraître)

(67) MARRUBINI (G.)
"La responsabilité professionnelle de l'anesthésiste selon l'usage et la jurisprudence des pays européens occidentaux."
Anesthésiologie Européenne, déc. 1957.

(68) MATHEY (J.), BINET (J.P.) GALEY (J.J.)
"Les arrêts cardiaques en chirurgie thoracique".
Annales de chirurgie, 1956, 6 429.

(69) MAUCLAIR
"Responsabilité médicale dans le cas de chloroformisation mortelle."
Bull. Soc. de Méd. Lég. Paris, 3, (1906), p.34-37.

(70) MELINE (E.J.)
"Contribution à l'étude de la rachianesthésie chirurgicale".
Thèse Médecine, Nancy, 1912.

(71) MICHON (R.) et MARCOUX (F.)
"Accidents thérapeutiques local par injection intra-vasculaire d'isoamyléthylmalonylurée." (Eunoctal).
Ann. de Méd. Lég. 61, (1961), p.431-433.

(72) MILFORT J.
"Le problème de l'anesthésie générale dans la césarienne".
Thèse Médecine, Strasbourg, 1957.

(73) MONSAINGEON (A.), BOUREAU (M.)
"Les risques de la chirurgie du vieillard."
Rev. prat. 5, (1955), p.1675-1679.

(74) MONTAGNE (J.)
"Complications de l'anesthésie générale complications peropératoires; accidents de l'anesthésie générale par inhalation."
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 36 405 A^{10}.

(75) MORALI (N.)
"Le bronchospasme au cours de l'anesthésie générale."
Thèse Médecine, Paris, 1960.

(76) MORTON (H.V.J.)
"Anaesthetic deaths with special reference to death due to regurgitation and vomiting."
C.R. in Anesth. Anal. 9, (1952), p.45-60.

(77) MOSINGER(M.), CARCASSONE(M.), FIORENTINI(H.), GRAS (A.) et DE BISHOP(G.)
"Classification des accidents thérapeutiques."
Annales de Méd. Légale,(1959), p.141-162.

(78) MOUCHET (A.), RAYMOND (N.), VOURCH (G.)
"A propos de l'arrêt cardiaque au cours de l'anesthésie générale."
Mém. Acad. Chir. Paris, 8, (1955), p.977-979.

(79) MULLER (M.), MULLER (P.H.)
" Accident mortel au cours d'une hypotension contrôlée".
Annales Méd. Légale,(1959), p.225-230.

(80) MURSCH-HORNECKER (D.)
"Contribution à l'étude du Fluothane".
Thèse Strasbourg, (1962).

(81) NEUVICQ (E.)
"Responsabilité médicale et anesthésie."
Gazette Méd. Fr. 64, (1957) p.89.

(82) OLIVIER (Cl.), FLORENT, COCQ.
"Les embolies pulmonaires mortelles survenant au cours de l'anesthésie générale."
Mém. Acad. Chir. Paris, 81, (1955), p.1046-1048.

(83) OLIVIER (Cl.), FERBOS-MOURLAN
"Les gangrènes des membres après injection intraveineuse."
Mém. Acad. Chir. Paris, 81, (1955), p.1048-1050.

(84) PRYER (D.)
"Fatal respiratory obstruction due to Faulty endotrachéal tubes."
Lancet, 2, (1960), p.742-743.

(85) REINHOLD (H.)
"L'anesthésiologie au sein de la profession médicale. Problèmes déontologiques."
Rapport au 9ème Congrès Français d'anesthésiol.
Anesth. Européenne, 4, (1958), p.25-35.

(86) ROUX (M.)
"Sur la mortalité opératoire et le risque anesthésique."
Anesth. Anal. Réan. 14, (1957), p.81-90.

(87) ROUX (M.), MICHON (J.), HUGUENARD (P.)
"A propos des paralysies post-opératoires du plexus brachial."
Anesth. Anal. Réan. 7, (1950), p.167-169.

(88) SALMON (M.)
"Le risque opératoire en chirurgie infantile."
Rev. Prat. 5, (1955), p.1649-1673.

(89) SAVATIER et coll.
"Traité de Droit Médical",
Librairie Techniques, 1956.

(90) SCHNEYDER (R.), LEVADE (J.P.)
"Le risque anesthésique."
Anesth. Anal. Réan. 14, (1957), p.91-107.

(91) SCHNOEBELN (R.)
"L'hypotension contrôlée par un ganglioplégique à action fugace : le camphosulfonate de triméthaphane."
Thèse Médecine, Strasbourg, 1958.

(92) SCHWARTZ (B.A.)
"Endormissement et réveil du sommeil nembutalique de l'adulte."
Thèse Médecine, Paris, 1957.

(93) SCHWARZKOPF (H.)
"Vermeidbare Gefäss-Schäden bei presuren Injektionen."
Deutsche Medizinische Wochenschrift 83, (1958) p.1089-1092.

(94) SIBAUD (Y.)
"Les accidents imputables aux anesthésiques intraveineux."
Anesth. Anal. Réan. 7, (1950), p.369-371.

(95) SICARD (A.), SIBAUD (Y.)
"Un nouvel accident dû à l'hypotension contrôlée"
Mém. Ac. Chir. 82, (1956), p.323-324.

(96) SIMONIN (C.)
"Médecine Légale Judiciaire".
Librairie Maloine, Paris, 1955.

(97) SIMONIN (C.)
"Les éléments de Médecine Légale judiciaire, sociale, professionnelle."
Alger, 1941.

(98) SUIRE (P.), LAFFITE (H.), GORDJI (M.)
"Les risques mortels de la potentialisation anesthésique."
Mém. Acad. Chir. Paris, 81, (1955), p.151-161.

(99) THOMERET (G.)
"A propos des accidents de l'anesthésie."
Mém. Acad. Chir. Paris, 81, (1955), p.881-885.

(100) TRIBUNAL ADMINISTRATIF DE NANCY,
Jugement du 6 février 1963.

(101) VAYSSE (J.), RICHARD (C.), d'ALLAINES (F.)
"Accidents de l'anesthésie à propos de la réanimation cardiaque."
Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Paris, 1955, 81, p.1038.

(102) VILLE DE GOYET (J.)
"L'anesthésiologie au sein de la profession médicale. Problèmes déontologiques."
Anesth. Européenne, 4 (1958), p.2-7.

(103) VILLE DE GOYET (J.)
"Le risque acceptable en anesthésiologie"
Anesthésiologie Européenne, N°6, juil.(1959), p.1-48.

(104) VINCENT ESPINASSE.(J.)
"Explosion en anesthésie."
Encycl. Méd. Chir. - Anesthésie 36430 A^{10} p.1-3.

(105) VINCENT ESPINASSE (J.)
"Les facteurs d'explosion en anesthésie"
Ann. Anal. Réan. 18, (1961) p.593-597.

(106) VOURCH (G.)
"A propos de quelques cas de collapsus cardio-vasculaire au cours d'anesthésie à l'éther.
Mém. Acad. Chir. 81, (1955), p.859-863.

(107) VOURCH (G.), GUIOT (G.), ROUGERIE (J.), NAPOLEONE (F.)
"Les embolies gazeuses en neuro-chirurgie.
Acta Anesth. 9 (1960), p.189-213.

(108) VOURCH (G.)
"Incidences de la posture sur le malade en cours d'opération".
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Anesthésie, 36.376 A^{10}.

(109) WAQUET (M.G.)
"Deux cas de morts par syncope cardiaque après prostigmine."
Marseille Chir. (1951) p.336-339.

(110) WATERS (X.)
"Death in the operating room" in March."
"Anesthesiology" 5 (1944), p.113-128.

(111) WEILL MONTEIL N. (1959)
"Contribution à l'étude de l'hypothermie en anesthésie générale".
Thèse Médecine, Strasbourg, 1959.

ANALYSE DE LA JURISPRUDENCE

JUGEMENT RENDU PAR LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF DE NANCY

le 6 février 1963

Vu la requête présentée pour le sieur H, agissant tant en son nom personnel que comme administrateur de la personne et des biens de ses trois filles mineures, et tendant à ce qu'il plaise au Tribunal Administratif condamner l'Hôpital X à lui payer avec intérêts de droit, à lui personnellement une somme de 70.000 N.F. et en qualité d'administrateur légal de ses filles mineures et pour chacune d'elles,une somme de 30.000 N.F., ce ce faire attendu que sa femme, transportée à l'Hôpital de X le 2 Septembre 1958 pour y subir un curetage, y est décédée le même jour à la fin de l'intervention chirurgicale; qu'une instruction ouverte contre l'interne de service a été close par un non-lieu; que, cependant les experts désignés, ont à l'occasion de cette première action constaté que le décès de la dame H était dû à une syncope postanesthésique dans des conditions engageant la responsabilité de l'Hôpital; qu'en effet, il résulte du rapport des experts que toutes les précautions requises lorsqu'il s'agit d'une anesthésie intraveineuse par Nesdonal, n'avaient pas été prises; que notamment il n'y avait pas eu injection pré-opératoire d'atropine; qu'il n'avait pas été procédé à aucune administration d'oxygène au cours de l'opération et que l'anesthésiste n'avait pas, comme elle le devait, surveillé minutieusement l'opérée au cours de l'opération et de la période de sommeil post-opératoire.

Vu, le mémoire en défense présenté pour l'Hôpital de X et tendant au rejet de la requête, aux motifs que le Dr Y. est responsable de l'accident survenu alors qu'il se trouvait dans la salle d'opération; qu'en revanche l'anesthésiste en l'occurence, Z n'encourt aucun reproche puisque ne possédant aucun diplôme d'infirmière d'Etat, ni aucun diplôme d'anesthésiste ou d'aide anesthésiste, elle se trouvait sous les ordres du chirurgien, responsable du service; que la surveillance constante d'une infirmière pendant la période post-opératoire ne peut se concevoir qu'à compter du moment où la malade a réintégré sa chambre échappant ainsi à la surveillance du médecin; que le fait que l'infirmière qui avait procédé à l'anesthésie ait quitté la salle d'opération après l'intervention pour aller nettoyer la seringue qu'elle venait d'utiliser ne peut constituer, de sa

part, une faute en relation de cause à effet avec le décès, alors que ladite malade était toujours sur la surveillance du chef de service; que la présence d'un infirmier ayant les mêmes titres que la demoiselle Z auprès de la malade prouve que la présence de ladite demoiselle n'aurait pu empêcher le décès, le Dr. Y. qui n'avait pas quitté totalement la salle d'opération étant, d'ailleurs, seul qualifié pour se rendre compte de l'état de la dame H., aussi bien qu'il était également seul qualifié avant et au cours de l'opération pour prévoir et prendre toutes les mesures nécessaires; que le procès-verbal de police dressé le 17 mars 1960 conclut également à la responsabilité du chirurgien;

Vu, le mémoire en réplique présenté pour le sieur H., tendant aux mêmes fins que la requête par les mêmes moyens et, en outre, par les motifs que l'Hôpital de X ne dispose pas de l'appareil nécessaire pour administrer l'oxygène aux opérés; que la demoiselle Z n'est titulaire d'aucun diplôme d'anesthésiste ou d'aide anesthésiste; que cependant une demande du Dr. Y. présentée le 25 Janvier 1959 tendant à faire affecter à l'hôpital un médecin réanimateur est encore à l'heure actuelle demeurée sans suite; qu'il s'agit là d'une organisation ou d'un fonctionnement défectueux engageant la responsabilité de l'hôpital; que la même règle est applicable soit que la faute provienne de la demoiselle Z, soit qu'elle provienne du Dr. Y., seule une faute lourde de ce dernier, révélant un caractère délictueux étant susceptible d'engager sa responsabilité personnelle devant les Tribunaux de l'ordre judiciaire;

Vu, le nouveau mémoire présenté pour l'hôpital de X., ledit mémoire tendant aux mêmes fins que le précédent, par les mêmes motifs et en outre contestant que l'hôpital de X ait admis qu'une infirmière non diplômée avait procédé à l'anesthésie par Nesdonal sans prendre les précautions habituelles; qu'elle a au contraire pris toutes les précautions dans le cadre des actes lui incombant mais à l'exclusion de la thérapeutique dont la prescription incombait uniquement au médecin-chef de service et chirurgien; que le sieur H ne rapporte nullement la preuve de l'insuffisance de l'appareillage, celui visé par les experts figurant dans le matériel de l'hôpital; que seule la responsabilité du Dr. Y. peut être mise en cause;

Vu, les lois des 28 Pluviôse an VIII, 22 Juillet 1889, 7 Juin et 4 Août 1956;

Vu, les décrets des 26 Septembre 1926, 23 Février 1928, 5 Mai 1934, 30 Septembre et 28 Novembre 1953, 29 Janvier 1957, 10 Avril 1959 et 27 Décembre 1960;

Vu, l'arrêté du Ministre de la Santé Publique et de la Population en date du 31 décembre 1947 modifié par les arrêtés des 6 juin 1955 et 18 juillet 1956;

Après en avoir délibéré conformément aux dispositions de l'article 47 de la loi du 22 juillet 1889, en Chambre du Conseil

LE TRIBUNAL :

Sur la recevabilité de la requête :

Considérant qu'en admettant même que, comme le soutient l'Hôpital de X, l'action introduite par le sieur H ne puisse être fondée que sur une faute imputable au sieur Y, chirurgien du dit Hôpital, il résulte de l'instruction que cette faute ne constitue pas, abstraction faite des circonstances qui ont suivi le décès de la dame H. et qui sont sans relation de cause à effet avec celui-ci, une faute personnelle dénuée de tout lien avec le service public dont le sieur Y avait la charge; qu'il suit de là que le sieur H avait la faculté de saisir le Tribunal Administratif d'une action en responsabilité dirigée contre l'Hôpital de X, sauf pour ce dernier, s'il s'y croit fondé, à exercer une action récursoire à l'encontre du chirurgien.

Sur la responsabilité :

Considérant qu'en vertu des dispositions de l'article 3 de l'arrêté susvisé du 31 Décembre 1947 tel que, modifié par les arrêtés des 6 juin 1955 et 18 juillet 1956, il était en vigueur à la date de l'accident, l'anesthésie constitue un acte professionnel qui ne pouvait être exécuté par un auxiliaire médical, et uniquement en qualité d'aide, que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin dans des conditions permettant à celui-ci d'en contrôler l'exécution et d'intervenir à tout moment , que si, en principe, un acte de cette nature ne peut, en ce qui concerne ses conséquences dommageables, engager

la responsabilité de l'administration hospitalière que sur le fondement d'une faute lourde, l'existence d'une telle faute n'est pas nécessaire lorsque la cause du dommage réside, en outre, dans une organisation défectueuse du service;

Considérant que, d'après les experts désignés, dont les constatations et conclusions n'ont fait l'objet d'aucune contestation sérieuse, le décès de la dame H. est survenu le 2 septembre 1958 à l'hôpital de X par suite d'une syncope postanesthésique, elle même consécutive à une anesthésie intraveineuse par Nesdonal; que cet accident aurait pu être évité si les précautions requises normalement en pareil cas avaient été prises et, notamment, si l'anesthésie avait été précédée d'une injection pré-opératoire d'atropine, s'il avait été procédé à l'administration d'oxygène pendant la durée de l'opération et enfin si l'opérée avait été placée sous la surveillance constante d'une infirmière expérimentée y compris pendant la période de sommeil post-opératoire; que, cependant, l'opération ne présentait pas un caractère d'urgence de nature à dispenser le chirurgien de recourir au moins à celles de ces mesures jugées indispensables;

Considérant que si la méconnaissance de la plupart de ces règles constitue une faute professionnelle lourde de nature à engager la responsabilité de l'Hôpital de X, il résulte, au surplus, des observations présentées par ledit Hôpital lui-même que l'infirmière affectée au service de chirurgie et qui procédait habituellement aux anesthésies, n'était titulaire d'aucun diplôme d'infirmière d'Etat d'anesthésiste ou d'aide anesthésiste; que cette absence de personnel qualifié pour procéder à des actes médicaux difficiles et qui a, selon les experts, concouru à la réalisation du dommage, dénote une organisation défectueuse du service engageant également la responsabilité de l'hôpital X.

Considérant que, dans ces conditions, le sieur H. est fondé à demander à l'établissement hospitalier intéressé la réparation du préjudice qui lui a été causé ainsi qu'à ses enfants mineurs par les fautes dont s'agit :

Sur le préjudice :

Considérant qu'il n'est pas allégué que la dame H. ait exercé une activité procurant au ménage des ressources spéciales dont son décès l'aurait privé; que, néanmoins, la disparition de la mère, âgée de 33 ans, a causé aux autres membres de la famille qui comprenait trois filles âgées de 10, 8 et 6 ans, lesquelles ont nécessairement dû être placées sous la surveillance d'une tierce personne, un préjudice matériel et moral considérable;

Considérant d'une part, qu'il sera fait une équitable appréciation du préjudice matériel subi par le sieur H. en lui allouant, à ce titre, pour la période allant du jour du décès de son épouse à celui où la plus jeune de ses filles aura atteint l'âge de 18 ans, une indemnité de 57.000 F. sur la base de 350 F. par mois correspondant à la rémunération d'une employée de ménage dans la commune de : ; qu'en outre, pour tenir compte de la douleur morale causée au requérant et qui est, par elle-même, génératrice d'un préjudice indemnisable, ainsi que des troubles de toute nature survenus dans les conditions d'existence de l'intéressé du fait du décès de son épouse, il y a lieu de porter à 60.000 F. tous intérêts de droit compris au jour du présent jugement, le montant total de l'indemnité que devra lui payer l'hôpital de X.

Considérant, d'autre part, que les préjudices de toute nature subis par les enfants H. qui ont été prématurément privées de la présence attentive et de l'affection de leur mère doivent être réparés par l'allocation à chacune d'elles, d'une indemnité fixée comme suit :

A née le	10.000 Fr
B née le	12.000 Fr
C née le	15.000 Fr

tous intérêts de droit compris au jour du présent jugement.

Considérant que les indemnités sus-indiquées devront être versées au sieur H. personnellement ou es-qualité d'administrateur des biens de ses enfants sous réserve qu'il subrogera l'hôpital dans les droits qui pourraient être nés à son profit ou au profit desdits enfants à l'encontre du chirurgien.

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article I^er - l'Hôpital X est déclaré responsable des conséquences du décès de la dame H.

Article 2 - Ledit Hôpital payera au sieur H., personnellement, une somme de soixante mille francs (60.000 Fr) et es-qualité d'administrateur des biens de ses enfants mineurs, une indemnité totale de trente sept mille francs (37.000 Fr) à répartir entre ses trois enfants comme il est précisé ci-dessus, les dites indemnités, qui comprennent tous intérêts de droit au jour du présent jugement, devant être payées sous réserve que les intéressés subrogeront l'hôpital dans des droits qui pourraient être nés à l'encontre du sieur Y (chirurgien).

ARRET DE LA COUR DE CASSATION (Chambre Civile, 1ère section)

du 18 octobre 1960

La Cour : sur le moyen unique, pris en sa première branche : Attendu que des énonciations de l'arrêt affirmatif attaqué (Paris 14 février 1958), il résulte que, le 5 novembre 1949, le docteur W. chirurgien, a pratiqué à la Clinique du Château de Neuilly une hysterectomie sur la personne de la dame M., avec le concours du Docteur X, médecin-anesthésiste, à laquelle il avait fait appel pour l'anesthésie; que cette dernière, ayant fait, au cours de l'opération, et pour obtenir un silence abdominal plus complet, une injection de curare dans une veine du dos de la main droite de la patiente, il s'ensuivit un oedème avec hématome, entraînant pour la dame M.., une paralysie du nerf cubital droit, et une incapacité permanente partielle de 10 %. - Attendu qu'il est reproché à la cour d'appel, qui a ordonné une expertise à l'effet de déterminer si une faute pouvait être imputée au docteur X... d'avoir déclaré que le docteur W... serait éventuellement responsable des conséquences dommageables de cette faute, en sa qualité de commettant de l'anesthésiologie, au motif qu'aucun contrat n'est intervenu entre cette dernière et la patiente, et qu'à défaut d'un examen préalable de la malade par ladite anesthésiologue, celle-ci devait recevoir, pour l'accomplissement de sa mission, des instructions du chirurgien, alors que le choix d'un anesthésiologue par le chirurgien constitue, soit une gestion d'affaires, soit une stipulation pour autrui, et crée, par suite, des rapports directs entre l'anesthésiologue et le patient; Mais attendu qu'il n'apparaît pas que, devant les juges du fond, le demandeur au pourvoi ait soutenu que le choix qu'il avait fait d'un médecin anesthésiologue en la personne du Docteur X... constituât une gestion d'affaires ou une stipulation pour autrui; que ce moyen, proposé pour la première fois devant la Cour de cassation, est nouveau, et que, mélangé de fait et de droit, il est irrecevable;

Sur la deuxième branche du même moyen : - Attendu qu'il est encore fait grief à la cour d'appel d'avoir considéré le docteur W... chirurgien, comme le commettant du docteur X.. sans avoir caractérisé le lien de préposition qui pouvait l'unir à celle-ci; - Mais attendu que l'arrêt constate que le docteur W avait, seul, choisi l'anesthésiologue qui devait l'assister dans l'opé-

ration qu'il s'était engagé à pratiquer sur la personne de la dame M.. sans que rien n'établisse que ce choix ait été, même tacitement, ratifié par ladite dame; et qu'elle en déduit qu'aucun contrat médical n'était intervenu entre celle-ci et le docteur X... - Attendu que si, en l'absence d'un tel contrat, la responsabilité du docteur X.. à l'égard de la dame M.. ne pouvait être, comme le relève exactement la cour d'appel, recherchée que sur le terrain délictuel ou quasi délictuel, c'est néanmoins à bon droit que les juges d'appel déclarent que le docteur W.. devrait éventuellement répondre des conséquences dommageables résultant de la faute qu'aurait pu commettre le docteur X.. - Attendu, en effet, que le chirurgien, investi de la confiance de la personne sur laquelle il va pratiquer une opération est tenu, en vertu du contrat qui le lie à cette personne, de faire bénéficier celle-ci, pour l'ensemble de l'intervention, de soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science; qu'il répond, dès lors, des fautes que peut commettre le médecin auquel il a recours pour l'anesthésie, et qu'il se substitue, en dehors de tout consentement du patient, pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation; qu'ainsi, et par ce motif de droit, substitué à ceux que critique le pourvoi, l'arrêt attaqué se trouve légalement justifié;

Par ces motifs, rejette.

COUR DE CASSATION

(Chambre Criminelle; arrêt du 12 juillet 1961)

La Cour : - Vu les mémoires produits; sur les deux moyens de cassation réunis et pris de la violation des articles 319 et 320 du Code pénal, 1382 et suivants du Code Cicil, 7, de la loi du 20 avril 1810, défaut de motifs et manque de base légale, en ce que l'arrêt attaqué a déclaré coupable de blessures involontaires un médecin, par le motif qu'au mépris des notions médicales, selon lesquelles, toute injection de penthiobarbital devant être indolore, la survenance d'une douleur commande l'arrêt immédiat de l'injection, ce que le prévenu ne pouvait ignorer, celui-ci aurait pris le risque d'exposer sa malade aux suites qui se sont manifestées.

Alors, d'une part, que le prévenu, ayant invoqué l'existence d'une erreur de diagnostic provoquée par l'état d'hypernervosité dans lequel se trouvait la malade au moment de l'injection, ce qui ne lui avait pas permis d'apprécier si les plaintes de celle-ci étaient ou non sérieuses, l'arrêt attaqué ne pouvait qualifier de fautive l'injection poursuivie malgré la douleur exprimée par la patiente, sans rechercher - ce qu'il ne fait pas - si, en attribuant à la nervosité de la patiente une douleur qui aurait eu pour seule origine l'exécution de l'injection, le médecin avait commis une erreur autre que de diagnostic et par la même pénalement punissable :

Et alors, d'autre part, qu'en imputant au médecin une faute pénale dans le fait d'avoir pris le risque d'exposer sa malade aux suites que pouvait comporter l'injection telle qu'elle a été faite, la Cour d'Appel n'a pas constaté que ledit risque n'aurait pas été justifié par l'état de la malade au moment de l'intervention, d'où s'il suit que la Cour de Cassation n'est pas en mesure d'exercer son pouvoir de contrôle sur la qualification de faute pénale attribuée à l'acte médical reproché au prévenu :

Et en ce que l'arrêt attaqué retient la responsabilité

pénale d'un médecin pour avoir poursuivi une piqûre malgré la douleur exprimée aussitôt par la patiente;

Alors d'une part, qu'il n'est pas constaté, en fait que ce serait la continuation de la piqûre qui aurait entraîné le mal, et que celui-ci ne se serait pas produit du seul fait de cette piqûre, même si elle avait été immédiatement interrompue;

Et alors d'autre part, qu'en admettant, au contraire, une relation de cause entre la piqûre et le mal et en ne retenant comme faute que la continuation de ladite piqûre, l'arrêt attaqué qui est entaché de contradiction et n'a pas constaté de relation exclusivement de cause à effet entre la continuation de la piqûre et le dommage subi, n'a pas suffisamment motivé la condamnation pénale qu'il prononce;

Attendu qu'il résulte des énonciations de l'arrêt attaqué et du jugement qu'il a confirmé que K... docteur en médecine, appelé à pratiquer un curetage sur la dame L.. qui, à la suite d'une fausse couche, souffrait d'hémorragie, a commencé son anesthésie par une piqûre intraveineuse de "nesdonal" à l'avant-bras gauche;

Que le début de l'injection, la malade réagit en manifestant une vive douleur; que malgré cela le docteur continua de pratiquer cette injection;

Qu'au réveil de l'opérée, son avant-bras présentait des anomalies douloureuses qui allèrent en augmentant et nécessitèrent trois jours plus tard l'amputation de cette partie du membre atteinte de gangrène.

Attendu que les juges du fond énoncent que l'injection de ce produit anesthésique devait être indolore et que la survenance d'une douleur commandait son arrêt immédiat, des troubles très graves pouvant survenir, tel qu'un spasme vasculaire susceptible de provoquer la gangrène du membre dans lequel le produit était injecté; que K.. au mépris des notions médicales qu'il ne pouvait ignorer, a pris le risque d'exposer sa malade aux suites qui se sont manifestées, qu'il a,ce faisant, commis une faute qui a été la cause du dommage corporel subi par la dame L..

Attendu qu'en l'état de ces constatations, qui réunissent tous les éléments du délit de blessures involontaires qui répondent suffisamment aux conclusions du demandeur, les juges d'appel ont, après une appréciation souveraine des circonstances de fait, justifié leur décision;

Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme

Qu'en conséquence le moyen ne peut être accueilli

Rejette le pourvoi.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE NICE

(Jugement du 9 Mai 1961)

"Attendu qu'il résulte du rapport d'expertise médico-légale déposé au greffe le 7 mars 1960, par le Professeur S..., régulièrement commis par ordonnance, et après avoir pris connaissance de tous les documents de la procédure, ainsi que du dossier médical de la partie civile, que la dame Z.. est entrée à la clinique, etc... pour être opérée le lendemain par le Docteur Y d'une para-sinusite bilatérale, polypeuse, intéressant du côté droit les sinus frontal, maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, et du côté gauche les sinus maxillaire et ethmoïdal : que le 15 janvier 1958, à 8 heures, elle a été placée sur la table d'opérations, où X.., (anesthésiste), Docteur en médecine anesthésiste-réanimateur spécialiste; lui plaça un garrot au bras gauche aux fins de procéder à une anesthésie générale par injection de Pentothal; qu'il rechercha dans ce but une veine au pli du coude gauche, et ne l'ayant pas trouvée, procéda à cette injection au niveau du poignet gauche; que dès le début de l'injection, la dame Z.., accusa des douleurs si violentes qu'elle ne put réprimer des cris qui furent perçus du chirurgien en train de revêtir sa tenue d'opérateur dans une pièce voisine, et qui frappé du caractère anormal de ces plaintes, envoya son infirmière s'enquérir de ce qui les provoquait; que sans tenir compte de ces douleurs anormales le Docteur X (l'anesthésiste) qui avait pris par erreur une artère pour une veine, poursuivit l'injection de Pentothal et obtint le sommeil de l'opérée; que le chirurgien constata cependant pendant l'opération que la malade ne dormait pas de façon satisfaisante: et attendu qu'en vue de procéder le 15 janvier 1958 à l'anesthésie de l'opérée, l'anesthésiste avait procédé en effet lui-même à un examen clinique complet, le 14 janvier dans la soirée, et vérifié spécialement la tension artérielle; que n'ayant rien remarqué d'anormal il avait prescrit l'administration à la malade de Sonéryl, de Phénergan, de Dolosal et d'Atropine, médicaments appropriés lorsqu'il y a lieu de procéder à l'intubation trachéale, ainsi qu'il était nécessaire précisément au cours de l'intervention chirurgicale décidée...

Attendu que le prévenu prétendant n'avoir pas trouvé de veine injectable au pli du coude gauche, il y a lieu de relever

à cet égard que son examen a été superficiel et rapide; que Dame X, est en effet donneuse de sang professionnelle à Monaco; qu'elle a subi, à plusieurs reprises, depuis l'opération et avait subi déjà à de nombreuses reprises, avant l'accident dont elle a été victime, des prises de sang au moyen d'une aiguille placée dans une veine choisie, précisément au pli du coude gauche; que, de plus, l'expert a lui même constaté qu'en dépit d'une certaine adiposité de ses tissus, la partie civile possé-fait, au pli du coude gauche, une veine parfaitement décelable; que, dans la mesure où, au matin du 15 janvier 1958, par suite de circonstances fortuites dont la matérialité n'a, d'ailleurs, pas été établie, cette veine a pu, momentanément, être plus difficile à découvrir, il restait au Docteur X, dûment informé des risques de l'anesthésie à laquelle il fallait procéder à l'aide d'un liquide alcalin chez une malade à qui avait été administrée la prémédication prescrite par lui-même, à dénuder une autre veine afin de procéder normalement à l'injection de pentothal;

Attendu, que le Dr. X déclare à cet égard qu'habitué à la pusillanimité de nombreux opérés, il a négligé le caractère anormal de cette douleur, croyant qu'elle allait se calmer et a poursuivi l'injection; attendu que, contrairement à ce qu'il prétend, le sommeil n'apparut cependant qu'au bout d'un temps anormalement long; qu'il apparut en outre du rapport de l'expert que si le Docteur X, anesthésiste réanimateur de profession, avait signalé au chirurgien et au radiologue la gravité de cet incident qui n'a pu lui échapper, l'intervention eût certainement été ajournée pour permettre de procéder, sur l'heure et sans retard, à l'administration de soins et d'antidotes depuis longtemps classiques dont contrairement à l'opinion généralement admise, le Docteur X prétend, sans justification, qu'ils auraient été impuissants à arrêter le processus gangréneux d'ores et déjà, dit-il, irréversibles;

Attendu, que l'expert retient encore que les accidents artériels provoqués par des injections de Pentothal, bien que rares, sont parfaitement connus tant en France qu'à l'étranger, et que si une erreur peut être à cet égard excusable chez un anesthésiste non spécialisé, le diplôme d'anesthésiste-réanimateur l'exclut en imposant des devoirs particuliers à celui qui le possède; que le malade qui a recours à lui est fondé à se croire à l'abri de tels risques en se fiant totalement à sa compétence et à son expérience : que si dans une certaine mesure l'accident survenu au cours de l'anesthésie de Dame Z.. peut être rattaché à un concours malheureux de circonstances notamment,dit l'expert, à l'existence d'une artère radio-palmaire

anormalement développée, la faute commise par l'anesthésiste est d'autant moins contestable sur ce point encore, que spécialiste chevronné d'anesthésie-réanimation il avait lui-même examiné la malade dans la soirée du 14 janvier, choisi et prescrit la médication pré-opératoire, et à l'instant de l'opération, placé le garrot à son bras gauche avant de procéder à l'injection; qu'il ne devait donc pas négliger le signe et l'avertissement que constituait pour lui le caractère anormal de la réaction douloureuse provoquée par l'introduction de l'aiguille dans ce qu'il a cru être une veine du poignet, et qui en réalité était une artère; que sans doute à l'endroit choisi par lui la confusion d'une artère et d'une veine ne constitue pas en soi une faute inexcusable au point de vue professionnel; qu'en revanche, les signes certains de cette confusion et les conséquences particulièrement graves que pouvait avoir l'injection pratiquée dans une artère au lieu d'une veine étant connues du prévenu, ce dernier en continuant l'injection dans des conditions qui provoquèrent des cris répétés de douleur chez la malade au point d'alarmer le chirurgien, a commis une négligence et une imprudence qui jointes à la maladresse qu'il avait commise et qu'il aurait pu facilement réparer, constitue en marge du contrat de soins médicaux qui le liait à la partie civile, le délit prévu et réprimé par les articles 319 et 320 du Code Pénal.

Ces considérations ont conduit le juge a prononcer la peine de 1.000 NFr. d'amende, avec le bénéfice du sursis.

JUGEMENT DU TRIBUNAL CIVIL DE CHATEAU THIERRY

(7 juin 1905)

Le Tribunal,

"Attendu que sur une demande en 50.000 Fr de dommages-intérêts formée par les consorts PREVOST contre B., à l'occasion du décès de P., il est intervenu, le 14 décembre 1904, un jugement de ce Tribunal nommant le docteur S. en qualité d'expert, avec mission de rechercher si le docteur B., n'avait commis aucune imprudence ou négligence pouvant engager sa responsabilité, par suite du décès de P., survenu au cours d'une anesthésie par le chloroforme; que l'expert a procédé à sa mission et déposé son rapport le 17 avril 1905.

"Attendu que du très remarquable et scientifique rapport du Docteur S, il ressort que B. a pris de suffisantes précautions dans l'administration du chloroforme qu'il a faite à P., et que le décès de celui-ci survenu au début de l'absorption de cet anesthésique ne saurait engager sa responsabilité; qu'à cet égard, il convient d'entériner purement et simplement ce rapport et d'en adopter les conclusions.

"Mais attendu qu'on lit aussi dans le rapport que le danger du chloroforme réside surtout dans les syncopes, très souvent irrémédiables, qu'il occasionne au début de son administration, et que celui-ci est d'autant plus dangereuse, que le patient est plus ou moins alcoolique; qu'il en résulte que ce n'est qu'avec la plus grande circonspection et dans les cas d'urgence extrême ou de nécessité absolue, surtout quand il s'agit d'une personne parfois intempérante, en un mot quand la vie du malade se trouve compromise, si telle ou telle opération demandant l'anesthésie n'était pas pratiquée, que le médecin, dans cette alternative, doit de son propre mouvement, de sa propre autorité ne consultant que sa science et sa conscience, procéder à l'anesthésie du malade.

"Que s'il s'agit simplement d'affections, de lésions gênantes ou douloureuses, chroniques ou non, voire même de la privation partielle ou totale de l'usage d'un ou de plusieurs membres

mais ne mettant pas en péril la vie du malade, le premier devoir du médecin, à peine de commettre une faute lourde et d'engager gravement sa responsabilité, est de prévenir le patient, non seulement de tous les dangers médiats ou immédiats pour sa vie, que peut lui faire courir l'administration du chloroforme, mais aussi qu'il peut parfaitement vivre, et même longtemps, dans l'état où il se trouve; que ce n'est donc, en de pareilles conditions, qu'avec l'autorisation du malade bien renseigné, ou de sa famille, si celui-ci est momentanément hors d'état de se prononcer, que le praticien peut user librement de ce dangereux anesthésique à quelque point de vue que ce soit;

"Qu'on ne saurait admettre, en effet, par exemple, qu'afin de redresser un bossu ou un bancal plein de santé, un médecin, sans les avoir prévenus des graves conséquences possibles d'une anesthésie, les chloroformât sans leur assentiment, donné en connaissance de cause; attendu que la vie humaine est trop précieuse pour ne pas être respectée et ménagée, même avec la meilleure intention.

"En fait: attendu qu'il résulte du rapport que le médecin B., ainsi qu'il l'a déclaré à l'expert, connaissait parfaitement l'extrême disposition de P. à la syncope et ses tendances à l'alcoolisme; qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une simple luxation, supposée mal réduite de l'épaule, que la plus grave conséquence qui pouvait résulter pour P. de cette situation, en la tenant pour exacte, c'était l'impotence partielle ou totale de cette épaule et du bras, que si, pendant tout le reste de son existence, P. était susceptible de se trouver considérablement gêné par cet état, sa vie n'en aurait jamais été en péril; qu'avant de pratiquer la dangereuse anesthésie de P. par le chloroforme, surtout pour procéder à un simple examen, B. a négligé de le prévenir.

"Déclare le Docteur B.. civilement responsable de la mort de P.. le condamne aux dommages et intérêts."

o
o o

ARRET DE LA COUR D'APPEL D'AMIENS

rendu le 14 février 1906

(Réformant le jugement du Tribunal de Château-Thierry du 7 juin 1905)

La Cour :

"1°) sur le danger de l'anesthésie au chloroforme :

"Considérant qu'il est constant que, dans les hôpitaux de Paris, on chloroformise fréquemment des ouvriers blessés alors qu'ils sont en état d'ivresse, afin de pouvoir procéder sans retard à l'opération nécessaire.

"Considérant que les deux syncopes, plus ou moins complètes que P. avait éprouvées sous l'influence de la douleur provoquées par les mouvements du bras, ne prouvaient nullement qu'il fut prédisposé à une syncope, lorsque l'abolition de la douleur aurait été obtenue par l'anesthésie.

2°) L'infirmité de P. ne mettait pas sa vie en danger et on n'aurait pas dû l'anesthésier;

"Considérant qu'il n'est pas sérieux de prétendre que l'on ne devrait recourir à l'emploi des anesthésiques que dans la vie du patient est en péril; qu'une telle limitation priverait les blessés et les malades atteints d'affections graves, nécessitant l'intervention du chirurgien, du soulagement que leur procure l'anesthésie.

"Considérant que la chloroformisation diminue plutôt qu'elle ne les augmente les dangers résultant des opérations que des souffrances amèneraient certainement des syncopes mortelles plus fréquentes que l'anesthésie;

3°) Défaut d'avertissement de P.

"Considérant que le danger de mort que fait courir la chloroformisation sont des plus restreintes (1/2.000).

"Considérant que le danger de mort subite paraît résider surtout dans l'impressionnabilité personnelle du patient; que cette impressionnabilité et par suite le danger lui-même, seraient augmentés, si on le prévenait de tous les périls médiats et immédiats auxquels peut l'exposer, hypothétiquement d'ailleurs, l'emploi de l'anesthésie;

"Considérant que le devoir du médecin est, au contraire, de rassurer le malade, de lui inspirer confiance et de chercher à bannir de son esprit des appréhensions qui ne pourraient que lui être funestes.

"Considérant au surplus que si le Docteur B. n'a pas formellement averti P. des dangers que présentait la chloroformisation, celui-ci ne les ignorait pas, puisqu'il dit au sieur D.. qui prêtait son concours au Docteur B.. : "Tu viens assister à mon enterrement".

"Considérant que ce propos ne prouve certainement pas que P. redoutait la mort, car dans ce cas, il n'eut pas consenti à se laisser anesthésier; mais qu'il en ressort tout au moins qu'il savait, comme tout le monde d'ailleurs, que l'emploi du chloroforme n'était pas exempt de péril;

"Considérant, en résumé, qu'à aucun point de vue, le Docteur B. ne saurait être déclaré responsable de la mort de P.

Par ces motifs :

Réforme le jugement rendu par le Tribunal de Château-Thierry, le 7 juin 1905.

- TABLE DES MATIERES -

Pages

INTRODUCTION 1

Chapitre I -

LE PROBLEME MEDICAL : LE DOMMAGE CORPOREL 3

I.- Risque anesthésique et risque opératoire 6
II.- Le dommage du au risque physiopathologique . . . 8
III.- Le dommage du au risque anesthésique 10
IV.- Le cas de force majeure : mort imprévisible et mort inexplicable 18
V.- Pathologie iatrogène - pathologie insolite . . . 20

Chapitre II -

LE PROBLEME JURIDIQUE 25

La faute professionnelle en matière d'anesthésie . . 30

I.- Principes de la responsabilité médicale 31
II.- Analyse de la Jurisprudence 36
III.- Conclusions et orientation actuelle de la Jurisprudence 58

Chapitre III -

LE PROBLEME MEDICO-LEGAL - LA RELATION DE CAUSE A EFFET 64

I.- Définition 68
II.- L'administration de la preuve 70
III.- L'expertise médico-légale 76

CONCLUSIONS 102

BIBLIOGRAPHIE 105

ANALYSE DE LA JURISPRUDENCE 117